

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1|2019

23. Jahrgang

Herausgegeben von Ulrike Diethardt, Jana Lammers & Gerhard Lukits

FACHBEITRÄGE

- Mark Galliker:* Die Struktur menschlicher Wirklichkeit – Zur dualen Formierung der Theorien Schopenhauers und Rogers' sowie zur Synthese Gendlins 5
- David Oberreiter:* Die Therapie der Ichgrenzenstörung unter besonderer Beachtung struktureller Empathie 17
- Jasmin Novak:* Selbsthass – Eine Reflexion über personzentrierte Begleitung durch abgrundtiefe Selbstverachtung hindurch 34
- Annina Paravicini:* „Meine Zeit hat sich verändert!“ – Prozessanalyse einer Psychotherapie mit einem emotional verwahrlosten Mädchen 45
- Bruce E. Wampold et al.:* In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy 58

DISKUSSION

- Karsten Wittke, Eva-Maria Biermann-Ratjen:* Ausschnitt eines Briefwechsels zwischen einem kognitiven Verhaltenstherapeuten und einer Vertreterin der „klassischen Gesprächspsychotherapie“ 76

REZENSIONEN

88

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern begründeten Personzentrierten Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz wurde im deutschen Sprachraum im Rahmen der Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Gesprächspsychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Personzentrierte Psychotherapie“ bekannt. Seit Beginn hat der Ansatz unterschiedliche Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfahren.

Die Begriffe „personzentriert“ und „experienziell“ und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

Die Zeitschrift dient als Forum der Diskussion dieser Entwicklungen und ihrer Umsetzung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie in den Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften, der Ausbildung, Kultur und Wirtschaft. Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung als auch für Lehre und Praxis. Die Zeitschrift bietet außerdem einen Rahmen für Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit anderen kulturellen, wissenschaftlichen, philosophischen und künstlerischen Strömungen.

Herausgeber

ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

c/o Prof. Dr. L. Teusch, D-45133 Essen, Freiherr-vom-Stein-Straße 135,
Tel.: +49 201 430 93 25; Fax: +49 201 430 93 24;
E-Mail: ludwig.teusch@uni-due.de

APG • IPS - Akademie für Beratung und Psychotherapie

A-1150 Wien, Diefenbachgasse 5/2
Tel.: +43 677 62 55 80 00; E-Mail: office@apg-ips.at

DPPG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

c/o Dr. Dorothee Wienand-Kranz, D-20148 Hamburg, Rothenbaumchaussee 101, Telefon: +49 40 45 91 59, E-Mail: wienand-kranz@gmx.de

Forum – Forum Personzentrierte Psychotherapie, Ausbildung und Praxis

A-1090 Wien, Liechtensteinstraße 129/3
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: buero@forum-personzentriert.at

GwG – Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.

D-50825 Köln, Melatengürtel 125a
Tel.: +49 221 92 59 08-0; Fax: +49 221 25 12 76; E-Mail: gwg@gwg-ev.org

IGB – Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung Stuttgart

D-70374 Stuttgart, Wörishoferstraße 54
Tel.: +49 711 580182; Fax: +49 711 58 01 92;
E-Mail: Kontaktformular auf website: www.igb-stuttgart.de

ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung

A-4020 Linz, Altstadt 13
Tel./Fax: +43 732 78 46 30; E-Mail: office@oegwg.at

pca.acp – Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz. Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.

CH-8005 Zürich, Josefstrasse 79
Tel.: +41 44 271 71 70; Fax: +41 44 272 72 71; E-Mail: info@pca-acp.ch

VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie

A-1030 Wien, Schützengasse 25/5
Tel.: +43 664 165 43 03; E-Mail: office@vrp.at

Herausgeber dieses Hefts

Ulrike Diethardt, Jana Lammers & Gerhard Lukits

Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 15,- / SFr 16,60- zzgl. Versandkosten
Abonnement: € 26,- / SFr 28,80,- zzgl. Versandkosten
Es erscheinen jeweils 2 Nummern pro Jahr.

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Ein Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder der herausgebenden Vereinigungen haben jeweils spezifische Bezugsbedingungen. Für den Bezug im Rahmen von Verbandsmitgliedschaften gelten weiterhin die verbandsspezifischen Regelungen.

Verleger und Druck

Facultas – Verlags- und Buchhandels AG, A-1050 Wien, Stolberggasse 26
Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: office@facultas.at

Satz und Layout

Gerhard Krill, 1060 Wien; E-Mail: grafik@krill.at

Redaktion

Christiane Bahr, Michael Behr, Ulrike Diethardt, Silke Birgitta Gahleitner, Mark Galliker, Christian Korunka, Jana Lammers, Hans-Jürgen Luderer, Christine le Coutre, Gerhard Lukits, Elisabeth Maaß, Christian Metz, Aglaja Przyborski, Markus Steffen, Monika Tuczai, Christine Wakolbinger

Redaktionssekretariat

Magdalena Kriesche, 1030 Wien, Rechte Bahngasse 14/18
E-Mail: magdalena.kriesche@teletronic.at

Fachbeirat von PERSON

Clara Arbter-Rosenmayr, Elisabeth Ardelt-Gattinger, Béatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Matthias Barth, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Jeannette Bischkopf, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Bossi, Jeffrey H. D. Cornelius-White, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Ruth Etienne Klemm, Reinhold Fartacek, Christian Fehring, Andrea Felnemeti, Irmgard Fennes, Jobst Finke, Peter Frenzel, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Susanne Gerckens, Walter Graf, Michael Gutberlet, Regula Haerberli, Mark Helle, Ernst Hemmert, Ruth Hobi, Beate Hofmeister, Dorothea Hüsson, Gabriele Isele, Dora Iseli Schudel, Bettina Jenny, Annette Jessinghaus, Walter Joller, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Wolfgang W. Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze-Pletat, Barbara Kurzmann, Elke Lambers, Margarethe Letzel, Brigitte Macke-Bruck, Jörg Merz, Beatrix Mitterhuber, Christiane Monden-Engelhardt, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Khalid Murafi, Sibylle Neidhart, David Oberreiter, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner-Bindschedler, Judith Reimitz, Barbara Reisel, Klaus Renn, Eckart Ruschmann, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Stefan Schmidtchen, Wolfgang Schulz, Klaus-Peter Seidler, Gert-Walter Speierer, Tobias Steiger, Norbert Stölzl, Gerhard Stumm, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Helena Topaloglou, Ottilia Trimmel, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Helga Vogl, Robert Waldl, Johannes Wiltschko, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlag, Carola von Zülöw, Günther Zurhorst (Stand April 2019)

Richtlinien und Hinweise zur Manuskriptabgabe finden Sie auf der hinteren Umschlagseite.

PERSON

23. Jg. 2019, Heft 1

Herausgegeben von

Ulrike Diethardt, Jana Lammers & Gerhard Lukits

Inhalt

Editorial 3

FACHBEITRÄGE

Mark Galliker

Die Struktur menschlicher Wirklichkeit – Zur dualen Formierung der Theorien Schopenhauers und Rogers' sowie zur Synthese Gendlins 5

David Oberreiter

Die Therapie der Ichgrenzenstörung unter besonderer Beachtung struktureller Empathie 17

Jasmin Novak

Selbsthass – Eine Reflexion über personenzentrierte Begleitung durch abgrundtiefe Selbstverachtung hindurch 34

Annina Paravicini

„Meine Zeit hat sich verändert!“ – Prozessanalyse einer Psychotherapie mit einem emotional verwehrten Mädchen 45

Jana Lammers

Einleitung der Herausgeber zum Artikel „In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy“ 56

Bruce E. Wampold, Christoph Flückiger, A. C. Del Re, Noah E. Yulish, Nickolas D. Frost, Brian T. Pace, Simon B. Goldberg, Scott D. Miller, Timothy P. Baardseth, Kevin M. Laska & Mark J. Hilsenroth

In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy 58

DISKUSSION

Karsten Wittke, Eva-Maria Biermann-Ratjen

Ausschnitt eines Briefwechsels zwischen einem kognitiven Verhaltenstherapeuten und einer Vertreterin der „klassischen Gesprächspsychotherapie“ 76

REZENSIONEN

Barbara Reisel

Michael Behr, Dorothea Hüsson, Hans-Jürgen Luderer & Susanne Vahrenkamp: Gespräche hilfreich führen – Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie – personenzentriert – erlebnisaktivierend – dialogisch 88

Gerhard Stumm

Eva-Maria Biermann-Ratjen & Jochen Eckert: Gesprächspsychotherapie. Ursprung – Vorgehen – Wirksamkeit 90

Veranstaltungskalender 2019/20 91

Editorial

Die Fachzeitschrift PERSON möchte einen Beitrag dazu leisten, dass Psychotherapeut*innen im Personenzentrierten Ansatz immer wieder aufs Neue einen Rahmen für die therapeutische Arbeit vorfinden, der sich zugleich gut begründet und weiterentwickelt: *In diesem Rahmen* wollen wir uns menschlich offen und fachlich versiert bewegen können, weil er sich als beständig erweist und dabei erweiterungsfähig ist, weil er wissenschaftlich hält und immer wieder zusätzliche Kompetenz generiert. Dazu bedarf es der lebendigen Auseinandersetzung mit dem Profil dieses *Rahmens selbst* – dieser soll aber auch als „*Rahmen nach außen*“ nicht zuletzt der Positionierung in intellektueller und gesellschaftspolitischer Hinsicht dienen.

Diese drei Aspekte spiegeln sich in der vorliegenden Ausgabe von PERSON, die als „offenes Heft“ angelegt ist, wider – einem ersten Artikel, der im Zeichen der Profilbildung steht, folgen drei anwendungsspezifische Artikel, und schließlich wird – last but not least – in zwei Beiträgen der Positionierung des PZA ein breiter Raum gegeben.

Im Einstiegsartikel „Die Struktur menschlicher Wirklichkeit. Zur dualen Formierung der Theorien Schopenhauers und Rogers' sowie zur Synthese Gendlins“ setzt sich **Mark Galliker** mit der These auseinander, dass es in den Theorien Schopenhauers und Rogers' eine grundlegende strukturelle Parallele gibt. Dazu nimmt der Autor einige Differenzierungen vor, konstatiert aber auch eine vergleichbare duale Wirklichkeitsauffassung, wie sie bei Schopenhauer in den Begriffen „Lebenswille“ und „Vorstellung“, bei Rogers in den Begriffen „Aktualisierungstendenz“ und „Vorstellungsgestalt“ zum Ausdruck kommt. Dennoch sei der Dualismus Schopenhauers bei Rogers schon deutlich abgemildert, vor allem was die Beziehung zwischen Körper und Psyche betrifft – wirklich aufgehoben habe ihn erst Gendlin. Im letzten Teil seiner Arbeit geht der Autor auf die Bedeutung der behandelten Theorie für die therapeutische Praxis ein.

Vorwiegend mit Themen der Anwendung des PZA in der Therapie setzen sich die folgenden Artikel auseinander: **David Oberreiter** beschreibt in seinem Beitrag „Die Therapie der Ichgrenzenstörung unter besonderer Beachtung struktureller Empathie“, dass der Ausdruck von Empathie bei dieser Form der psychotischen Symptomatik besonders erschwert ist, da die

Nachvollziehbarkeit des psychischen Erlebens von Menschen mit einer solchen Symptomatik sich vorerst oft den empathischen Möglichkeiten der Therapierenden entzieht. Er beginnt mit einer geschichtlichen Einleitung und Darstellung der Symptomatik. Dann wendet er sich psychologischen und philosophischen Denkmodellen zu und stellt dar, dass es sich bei Ichgrenzenstörungen um Störungen der *Ichstruktur* handelt. Aus diesen Überlegungen leitet er ein personenzentriertes Vorgehen in der Therapie ab, das den Prozess der strukturellen Empathie darstellt.

Ausgehend von ihrer Praxiserfahrung setzt sich **Jasmin Novak** im Artikel „Selbsthass. Eine Reflexion über personenzentrierte Begleitung durch abgrundtiefe Selbstverachtung hindurch“ umfassend mit dem Phänomen Selbsthass auseinander und stellt es in den Kontext des Personenzentrierten Ansatzes. In ihren ätiologischen Überlegungen bringt sie, in Abgrenzung zu anderen Phänomenen, das Erleben und Leben von Selbsthass in Zusammenhang mit Erfahrungen, denen der Aspekt emotionaler Vernachlässigung gemeinsam ist. Therapeutisch gefordert und förderlich ist aus ihrer Sicht vor allem eine bedingungslos akzeptierende Haltung dem Selbsthass gegenüber: Erst sie gewährleistet, dass eine therapeutische Beziehung eingegangen werden kann, die eine positive Entwicklung ermöglicht. **Annina Paravicini** stellt in ihrem Beitrag „Meine Zeit hat sich verändert!“ Prozessanalyse einer Psychotherapie mit einem emotional verwahten Mädchen“ eine Prozessanalyse der Personenzentrierten Spieltherapie/Psychotherapie mit einem emotional verwahten Mädchen, das an Todesängsten, massiven Gefühlsausbrüchen und Kontrollzwängen leidet, vor. Aus der Sicht der Therapeutin wird der mehrjährige Weg der Klientin, die zu Beginn der Psychotherapie 10½ Jahre alt ist, vor dem Hintergrund der Selbstentwicklung nachgezeichnet. Der in mehreren Phasen beschriebene Prozess wird durch Reflexionen über die Klientin-Therapeutin-Beziehung und Veränderungs- und Lernprozesse der Therapeutin ergänzt.

Im berufspolitisch relevanten Gastartikel „In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy“ stellen sich dann **Bruce Wampold und Co-Autoren** der aktuell wieder vermehrt aufgestellten und angeblich empirisch untermauerten Behauptung, dass kognitiv-behaviorale Psychotherapieverfahren anderen Psychotherapieverfahren

in der Wirksamkeit überlegen seien, entgegen. Zusammengefasst stellt dieser Artikel dar, dass die Ergebnisse aufwändiger empirischer Meta-Analysen nicht garantieren, dass diese auch valide sind. Wir veröffentlichen diesen Artikel im englischen Original und weisen darauf hin, dass Wampolds Buch „Die Psychotherapie-Debatte“, das in englischer Sprache seit Jahren rezipiert wird und international weit verbreitet ist, nun 2018 auch in deutscher Sprache erschienen ist. Das Thema adäquater Psychotherapieforschung wird auch aktuell in einem Beitrag von Bernhard Strauß zum im März 2019 in Deutschland erschienenen Psychotherapeutenjournal mit dem Titel: „Innovative Psychotherapieforschung – Wo stehen wir und wo wollen wir hin?“ behandelt, in dem er sich auch auf die Arbeiten und Gedanken Wampolds bezieht.

Abschließend beinhaltet das Heft, wieder im Sinne einer berufspolitischen Profilbildung, eine Besonderheit: Im Sommer 2017 wandte sich der Verhaltenstherapeut **Karsten Wittke** brieflich an **Eva-Maria Biermann-Ratjen** – als Vertreterin der „klassischen“ Gesprächspsychotherapie – mit der Bitte, Fragen zur Personzentrierten Psychotherapie zu beantworten, deren unterschiedliche Ansätze und Weiterentwicklungen ihm oft nicht mehr als gesprächspsychotherapeutisch erscheinen. Der hier abgedruckte „Ausschnitt eines Briefwechsels zwischen einem kognitiven Verhaltenstherapeuten und einer Vertreterin der ‚klassischen Gesprächspsychotherapie‘“ behandelt als Beitrag zur Diskussion folgende Fragen: „Was ist Gesprächspsychotherapie?“, „Gibt es ‚die‘ Gesprächspsychotherapie?“, „Ist sie kompatibel mit Verhaltensanweisungen?“ E.-M. Biermann-Ratjen betont dabei das – im Vergleich zum Mainstream der Psychotherapie – andere Verständnis von „Intervention“ des Personzentrierten Ansatzes und von therapeutischer Beziehung.

Des Weiteren sei noch auf die Rezensionen in diesem Heft hingewiesen. Unser ehemaliges und langjähriges Redaktionsmitglied **Gerhard Stumm** bespricht das 2017 erschienene Werk von **Eva-Maria Biermann-Ratjen & Jochen Eckert: Gesprächspsychotherapie Ursprung – Vorgehen – Wirksamkeit**, eine komprimierte Einführung zur „Gesprächspsychotherapie“, das ganz im Sinne der Serie „Psychotherapie kompakt“ (herausgegeben von Freyberger, Rosner, Seidler, Stieglitz und Strauß) gestaltet ist. Der Rezensent schließt mit den Worten: „Fazit: Dem Autorenduo ist es gelungen, sowohl in die grundlegenden Konzepte der Gesprächspsychotherapie einzuführen als auch anhand der Bandbreite ihres Fachwissens, ihrer klinischen Erfahrung und ihres Forschungsanspruchs Querbezüge zu einer Reihe von konvergenten Perspektiven herzustellen und den Gegenstand somit vertiefend in diese einzubetten.“ **Barbara Reisel** rezensiert **Michael Behr, Dorothea Hüsson, Hans-Jürgen Luderer & Susanne Vahrenkamp: Gespräche hilfreich führen – Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie – personzentriert – erlebnisaktivierend – dialogisch**. Sie legt dieses Buch allen Berufsgruppen, die im Gespräch mit ihren Klient*innen eine tragfähige Beziehung herstellen möchten, um darauf aufbauend begleitend, stützend und erweiternd auf deren Persönlichkeit Bedacht nehmen zu wollen, ans Herz.

Das nächste Heft von PERSON, das von Silke Gahleitner und Christian Metz herausgegeben wird, bietet einen Schwerpunkt zu den Themen Trauer und Trauma. Die beiden Phänomene werden in ihren Zusammenhängen, Abgrenzungen und Verflechtungen aus verschiedenen Perspektiven in ihrer Bedeutung für den Personzentrierten Ansatz beleuchtet.

Ulrike Diethardt, Jana Lammers, Gerhard Lukits

Die Struktur menschlicher Wirklichkeit

Zur dualen Formierung der Theorien Schopenhauers und Rogers’ sowie zur Synthese Gendlins

Mark Galliker

Mannheim, Deutschland

Die These, dass Schopenhauers und Rogers’ Theorien strukturell ähnlich aufgebaut sind, wird hinsichtlich des Selbst erörtert. In praktisch-therapeutischer Hinsicht stellt sich die Frage, welche Konsequenzen sich aus den Konstituenten in beiden Theorien ergeben. In der Folge wird auch Gendlins Theorie angeführt und der Stellenwert des Focusing als Synthese im vorliegenden Kontext thematisiert.

Schlüsselwörter: Duales System, Vorstellungsgestalt, Aktualisierungstendenz, Selbst, Erfahrung, Kongruenz, Inkongruenz, Focusing

The structure of human reality—On the dual formation of the theories of Schopenhauer and Rogers and on Gendlin’s synthesis. This paper discusses and assesses the hypothesis that there is a structural similarity in the way the theories of Schopenhauer and Rogers are constructed, with a special emphasis on the concept of the self. From a practical-therapeutical point of view the question arises, what are the consequences resulting from the constituents in both theories? Furthermore, Gendlin’s theory is discussed and the significance of focusing in the present context is addressed.

Keywords: dual system, structure of ideas, tendency to actualisation, self, experience, congruence, incongruence, focusing

In den Interaktionen humanistisch orientierter Psychotherapeuten und -therapeutinnen (Ausbildung, Weiterbildung, Intervention, Supervision, Pausengespräche usw.) wird manchmal darauf hingewiesen, dass – alltagssprachlich ausgedrückt – „Kopflastigkeit“ reduziert werden könne und gerade in der Therapie eine Überbetonung des Verstandesmäßigen zu vermeiden sei. Gegenüber anderen therapeutischen Verfahren (Kognitive Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, auch Psychoanalyse, insbesondere was deren Deutungen anbelangt) wird hervorgehoben, dass beim Personenzentrierten Ansatz und der Gesprächspsychotherapie nicht der Intellekt im Vordergrund stehe, sondern die Empfindungen und Emotionen. In diesem Zusammenhang wird mitunter auch die Frage gestellt, ob sich diese Position auch begründen ließe. Doch ist Begründung nicht selbst wiederum ein rationaler Vorgang? Und

würde weniger Vernunft nicht dem Irrationalismus Tür und Tor öffnen?

Vielleicht kluft zwischen Empfindung und Intellekt wirklich eine Kluft; vermutlich jedoch nicht bei allen Menschen gleichermaßen. Und möglicherweise waren ursprünglich Empfindung und Intellekt gar nicht getrennt voneinander. Doch wenn eine solche Kluft heute tatsächlich bestehen sollte: Lässt sie sich überhaupt überbrücken?

Nun hat Lukits in PERSON (2016) auf einen Klassiker hingewiesen, auf Arthur Schopenhauer, der sich schon vor zweihundert Jahren mit diesen Problemen eingehend befasst hat und die Problemlösung in einem neuen Verständnis der menschlichen Wirklichkeit fand. Nach Lukits handelt es sich in der Theorie von Schopenhauer sowie in jener von Rogers um eine Abbildung einer „grundlegend doppelte[n] Struktur der menschlichen Wirklichkeit“ (ebd., S. 63).

Im Folgenden werden die Theorien von Schopenhauer und Rogers miteinander verglichen und mögliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet. Bei Schopenhauer beziehe ich mich zunächst auf seine beiden wichtigsten Begriffe Vorstellung und Wille, die er auch im Titel seines zweibändigen Hauptwerkes „Die Welt als Vorstellung und Wille“ (1819/1987

Mark Galliker, Prof. em. Dr., studierte an der Universität Bern Psychologie, Philosophie und Psychopathologie. Eidg. anerkannter Psychotherapeut pca.acp/FSP. Forschungsgebiete: Wissenschaftstheorie und Psychologiegeschichte. Publikationen: „Kompendium psychologischer Theorien“ (Suhrkamp, 2015), „Ist die Psychologie eine Wissenschaft?“ (Springer, 2016), „Menschenbild und Lebensform“ (Psychosozial-Verlag, 2018); Kontakt: mgalliker@web.de

und 1844/2005) verwendet, und prüfe dann, ob sich auch bei Rogers zumindest ihrer Bedeutung nach entsprechende Konzepte finden. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass Rogers Schopenhauer wahrscheinlich nie selbst rezipiert hat und nur über andere europäische Philosophen von ihm indirekt beeinflusst wurde (vgl. auch Lukits, 2016, S. 67).

1. Schopenhauer

Arthur Schopenhauer wurde am 22. Februar 1788 als Sohn eines wohlhabenden Geschäftsmannes in Danzig geboren. Nach dem Umzug in die Freie und Hansestadt Hamburg will sein Vater ihn zu einem lebensstüchtigen Kaufmann ausbilden lassen, obwohl sein Sohn sich mehr als angehender Intellektueller verstand. Nach dem vorzeitigen Tod seines Vaters wird das Geschäft aufgelöst. Schopenhauers Mutter verlässt Hamburg in Richtung Weimar. Der junge Schopenhauer bleibt allein in einem Zustand der Zerrissenheit zurück – im Schwanken zwischen der dem Vater versprochenen Fortsetzung der verhassten siebenjährigen Handelslehre und der Neigung zu einem geistigen Lebensberuf (vgl. Abendroth, 1967/1982, S. 10ff). In diesem persönlichen Konfliktfeld erwachsen dem jungen Schopenhauer schwerwiegende psychische Nöte. An erster Stelle sind die heftigen Attacken seiner stark entwickelten Sinnlichkeit auf seinen ebenso anspruchsvollen wie reinen Verstand zu nennen. Hieraus rührten wohl auch die vielfältigen Ängste des jungen Denkers; er hatte Angst vor anderen Menschen, Angst vor Unfall, Krankheit, Schäden aller Art, ja Leiden überhaupt (vgl. ebd., S. 119).

Schopenhauers Denken ist in seinem Hauptwerk besonders durch Kants „Kritik der reinen Vernunft“ (1781/2003) geprägt. Kant erkannte, dass alles, was wir über unsere Sinne empfangen, durch unser Nervensystem gleichsam gefiltert ist und infolgedessen auch nur ein diesbezüglich bestimmtes und entsprechend neu zusammengesetztes Bild dessen liefert, was wir „Wirklichkeit“ nennen. Doch dieselbe ist eher ein „Hirngespinnst“, in welches neben Raum und Zeit auch die Kategorien unseres Verstandes (wie z. B. Ursache und Wirkung) verwoben sind, die jedoch „da draußen“ so gar nicht vorhanden sind; das heißt das „Ding an sich“ ist i. S. Kants nicht erkennbar. Schopenhauer verehrte Kant, glaubte jedoch schließlich nicht mehr, dass dem Menschen die Natur als solche nicht direkt und insbesondere *seine* Natur per se nicht zugänglich sei.

1.1 Vorstellung

Schopenhauer beginnt sein Hauptwerk mit dem Satz: „Die Welt ist meine Vorstellung“ (1819/1987, S. 35). Das heißt: Die Welt ist nicht einfach Vorstellung, sondern *meine* Vorstellung, was m. E. schon hinsichtlich der Gesprächspsychotherapie interessant ist;

eine Perspektive, die freilich für Schopenhauer noch nicht relevant sein konnte (s. 3.2).

Schopenhauer ging in erster Linie vom Subjekt aus. Für das Subjekt ist das Objekt nur durch ein Subjekt gegeben, wenn gleich ohne Objekt auch nicht von einem Subjekt die Rede sein kann. Für Schopenhauer ist das Objekt für das Subjekt ausschließlich in dessen Vorstellung vorhanden. Dem philosophisch besonnenen Menschen werde deutlich, „daß er keine Sonne kennt und keine Erde; sondern immer nur ein Auge, das eine Sonne sieht, eine Hand, die eine Erde fühlt; daß die Welt, welche ihn umgibt, nur als Vorstellung da ist, d. h. durchweg nur in Beziehung auf ein Anderes, das Vorstellende, welches *er selbst ist*“ (ebd., S. 35; Hervorhebung von M. G.).

Das Subjekt scheint nicht zuletzt für sich selbst relevant zu sein, denn: „Als dieses Subjekt findet Jeder sich selbst“ (ebd., S. 37). Schopenhauer schränkt allerdings diese Aussage auf das erkennende Subjekt ein und zwar wie folgt: „Jedoch nur sofern [Jeder] *erkennt*, nicht sofern er Objekt der Erkenntniß ist“ (ebd.; Hervorhebung von M. G.). Wenn das Subjekt nur als erkennendes sich selbst findet, findet es sich selbst ausschließlich im Erkenntnisprozess. Demnach erkennt der besonnene Mensch auch, dass die Welt für ihn nur in Beziehung auf das Vorstellende, „welches er selbst ist“, vorhanden ist (vgl. ebd., S. 35).

Schopenhauer betrachtet zunächst die Welt von der Seite ihrer Erkennbarkeit durch das Subjekt aus. Alle irgend vorhandenen Objekte des Subjekts, ja sogar den eigenen Leib, versteht er vorerst ausschließlich als „bloße Vorstellung“ unter Abstraktion von etwas anderem (s. 1.2). Dasjenige, was alles erkennt, ist das Subjekt, das aber als solches „von Keinem erkannt wird“ (ebd., S. 37). Das Subjekt ist ausschließlich der „Träger der Welt“; das heißt, „die durchgängige, stets vorausgesetzte Bedingung alles Erscheinenden, alles Objekts: denn nur für das Subjekt ist, was nur immer daist“ (ebd., S. 37). Schopenhauer zufolge können vom Subjekt ausgehend zwar nicht die Inhalte der Objekte, jedoch dessen „allgemeine Formen“ erkannt werden, liegen sie doch „a priori in unserem Bewußtseyn“ (ebd., S. 38).

Schopenhauer hatte bereits in seiner Dissertation (1813/2016) dargelegt, dass sämtliche ursächlichen Strukturen, die in der Welt als Vorstellung anzutreffen sind, mit den Gestaltungen des „Satzes vom zureichenden Grunde“ zusammenfallen, der, selbst ohne Grund, nur innerhalb der Vorstellungswelt gültig ist. Seiner Meinung nach ist dieser Satz, dessen allgemeinste Formel lautet: „Nichts ist ohne Grund warum es sei“ (ebd., S. 10) das Verbindungsprinzip aller Vorstellungen hinsichtlich Grund und Folge oder auch Ursache und Wirkung. Der Satz vom Grunde wurzelt nach dem Autor in der „Urbeschaffenheit des Erkenntnisvermögens“ und stellt sich in vier Arten der Begründung dar, nämlich im Grund des Werdens (die nicht bewusste Verbindung der Vorstellungen durch Verwandlung der ungegenständlichen Empfindungen in gegenständliche Anschauungen),

im Grund des Erkennens (logisch-begriffliche Verbindung der Vorstellungen), im Grund des Seins (räumliche und zeitliche Verbindung derselben) sowie im Grund des Handelns (motivationale Verbindung). Zum Seinsgrund ist anzumerken, dass es ohne anschauendes Subjekt für das Einzelwesen keinen Raum und keine Zeit gäbe. Raum und Zeit werden als *principium individuationis* (d. h. Seinsgrund des Einzelwesens) verstanden, machen doch Nebeneinander und Nacheinander erst Vielheit, mithin Individuierung, möglich (s. 3.2).

Nach Schopenhauer (1819/1987) *vereinigen* sich Raum und Zeit in der Kausalität. Die Gesetzmäßigkeit des Wirkens „bezieht sich immer auf Raum und Zeit zugleich und hat eben nur dadurch Bedeutung“ (ebd., 40). Das subjektive Korrelat der Wirklichkeit bzw. der Kausalität, ist der Verstand. „Umgekehrt ist alle Kausalität, also [...] die ganze Wirklichkeit, nur für den Verstand, durch den Verstand, im Verstande“ (ebd., S. 41). Schon bei der ersten, noch unbewussten Art der Verbindung der Vorstellungen (s. o.) ist der Verstand wirksam: „Wie mit dem Eintritt der Sonne die sichtbare Welt dasteht; so verwandelt der Verstand mit *einem* Schläge, durch seine einzige, einfache Funktion, die dumpfe, nichtssagende Empfindung in Anschauung. Was das Auge, das Ohr, die Hand empfindet, ist nicht die Anschauung; es sind bloße Data“ (ebd., S. 46f.).

1.2 Lebenswille

Nach Schopenhauer ist neben der Vorstellung auch der Wille wesentlich für den Menschen. Mehr noch: Seiner Meinung nach ist „der *Wille* das Reale und Essentiale im Menschen“ (Schopenhauer, 1844/2005, S. 282). Der Wille ist „das Allerrealste [...], was wir kennen“ (ebd., S. 460). Damit wurde von Schopenhauer eine voluntaristische Metaphysik des Lebens inauguriert.

Der Wille ist genuin das „Urkräftige“ (ebd., S. 298), die „Urkraft“ (ebd., S. 383), die „Naturkraft“ (ebd., S. 469), die Kraft, die das Leben hervorbringt, die „Lebenskraft“ (ebd., S. 31), „das eigentliche Wesen des Menschen“ (ebd., S. 303), ja der „Kern unseres Wesens“ (ebd., S. 383). Der schopenhauerische „Wille“ ist also *nicht* bloß der „Gegenwille“, an den von Eltern, Lehrerinnen und anderen Erziehungspersonen oft namens des Willens appelliert wird, sondern er ist selbst das spontan „Wirkende, Treibende, Schaffende“ (ebd., S. 352).

Schopenhauer subsumiert dem Willen alle Leidenschaften, Affekte, Gefühle und alles Sehnen, Begehren, Verlangen, Streben, Wünschen usw., schließlich „alles Innere“ (u. a. ebd., S. 267). Der Wille *ist* das „Innere und Ursprüngliche“ (ebd., S. 384). Der Denker führt in diesem Zusammenhang auch den Geschlechtstrieb an. Sicherlich kann derselbe auch als eine Art Brennpunkt des Willens aufgefasst werden (vgl. u. a. ebd., S. 312). Doch kann der Wille i. S. Schopenhauers nicht auf *diesen* Trieb reduziert werden. Er ist nicht einfach Sexualität oder Libido i. S.

von Freud und er kann auch nicht im Gegensatz dazu – obwohl auch dafür einiges sprechen würde – auf die Aggression oder gar die Destruktion reduziert werden, sondern er ist „*alles* was das eigene Wohl und Wehe, Lust und Unlust unmittelbar ausmacht“ (ebd., S. 263; Hervorhebung von M. G.).

Nach Schopenhauer *wird* mit dem Willen Leben: „Dem Willen zum Leben ist also das Leben gewiß, und solange wir von *Lebenswillen* erfüllt sind, dürfen wir für unser Daseyn nicht besorgt seyn, auch nicht beim Anblick des Todes“ (Schopenhauer, 1819/1987, S. 392; Hervorhebung von M. G.). Wenn ein Lebewesen in seinem Willen zum Leben, der „sich ungestüm ins Daseyn drängt“, bedroht wird, verwandelt sich der Lebenswille „sofort in das verzweifelteste Sträuben und Wehren gegen den Tod“ (Schopenhauer, 1844/2005, S. 459). Beim Willen handelt es sich mitunter um einen „Trieb zur Selbsterhaltung“ (ebd., S. 737).

Schopenhauer zufolge ist „der *Organismus* [...] der Wille selbst“ (ebd., S. 283). „Alles drängt und treibt zum *Daseyn*, wo möglich zum *organischen*, d. i. zum *Leben*, und danach zur möglichsten Steigerung desselben: an der thierischen Natur wird es dann augenscheinlich, dass *Wille zum Leben* der Grundton ihres Wesens, die einzige unwandelbare und unbedingte Eigenschaft desselben ist“ (ebd., S. 459).

Für Schopenhauer ist der Wille primär Wille zum Leben, der Lebenswille, der im humanen sowie im infrahumanen Bereich wirkt. Der Wille ist *in* allen Erscheinungen der erkenntnislosen (u. a. der bloß „vegetabilischen“) Natur vorhanden. Der Philosoph bezeichnet in diesem Zusammenhang den Willen auch als „blinden Willen“, der allerdings beim und für den Menschen als „Lebenstrieb, Lebenslust, Lebensmuth“ auch bewusst in Erscheinung treten kann (s. 1.3), indessen letztlich „das Selbe [ist], was die Pflanze wachsen macht“ (ebd., S. 469).

Schopenhauer zufolge können wir auch unser Selbst mit dem „Willen zum Leben“ erläutern. „*Wir selbst* sind der Wille zum Leben“ (Schopenhauer, 1819/1987, S. 315; Hervorhebung von M. G.). Das Selbst ist dasjenige, was nichts anderes kennt, als „zufrieden und unzufrieden sein, mit allen Modifikationen der Sache, die man Gefühle, Affekt und Leidenschaften nennt“ (ebd., S. 314). Die Identität einer Person kann nach dem Autor nicht auf dem Körper als solchem beruhen, denn dieser ist schon nach wenigen Jahren ein anderer, und langfristig ändert sich auch dessen Form im Ganzen und in all seinen Teilen. Doch etwas anderes des Menschen bleibt von all diesen Veränderungen unberührt: „Es ist eben Dieses, woran wir, auch nach dem längsten Zwischenraume, [...] den Ehemaligen unversehrt wiederfinden; ebenso auch *uns selbst*: denn, wenn man auch noch so alt wird; so fühlt man doch im Innern sich ganz und gar als *denselben*, der man war, als man jung, ja, als man noch ein Kind war“ (Schopenhauer, 1844/2005, S. 314; Hervorhebungen von M. G.).

Für Schopenhauer liegt der „Schlüssel zu allem anderen“, ja letztlich die „Pforte zur Wahrheit“ im Ding an sich, das er als „Innenseite der Vorstellungswelt“ betrachtet und als Wille interpretiert. Das Substrat aller Erscheinungen, das in Kants „Kritik der reinen Vernunft“ noch für unerkennbar galt, wird für den Menschen zu etwas unmittelbar Vertrautem, was in seinem Inneren als Willen erlebbar und als solches *nicht* dem Satz vom Grunde unterworfen ist (vgl. ebd., S. 140).

1.3 Zum Verhältnis von Vorstellung und Willen

Der Wille ist zwar unabhängig von der Vorstellungswelt unmittelbar körperlich zugänglich, doch kann ihm auch in der Welt als Vorstellung sein Spiegel aufgehen. Als extern sich darstellender Vorgang ist er der objektivierte, d. h. in die Anschauung getretene Willensakt.

Der Wille ist jetzt nicht mehr nur an sich selbst Wille, sondern erscheint als solcher mit der Vorstellung des Leibes. „Jeder wahre Akt seines Willens ist sofort und unausbleiblich auch eine Bewegung seines Leibes: er kann den Akt nicht wirklich wollen, ohne zugleich wahrzunehmen, dass er als Bewegung des Leibes erscheint“ (Schopenhauer, 1819/1987, S. 164).

In diesem Zusammenhang nennt Schopenhauer den Willen meistens „Wollen“: „In der That ist unser Wollen die einzige Gelegenheit, die wir haben, irgendeinen sich äußerlich darstellenden Vorgang zugleich aus seinem Innern zu verstehen, mithin das einzige uns unmittelbar Bekannte und nicht, wie alles Übrige, bloß in der Vorstellung Gegebene“ (Schopenhauer, 1844/2005, S. 258).

Auf der einen Seite von Schopenhauers Menschen- und Weltbild herrscht durchgehend der Wille (s. 1.2); auf der anderen Seite bringt er mit diesem auch Vorstellungen als Wollen hervor (s. 1.1). Demnach figuriert die Vorstellung nur die Manifestation des durchgängig fungierenden Willens. Schopenhauers System ist ein *zweiseitiges*, in dem jeweils der eine Aspekt in den Vordergrund rückt, jedoch immer seinen „tragenden Hintergrund“ (Lukits, 2016, S. 68) behält. Bildlich gesprochen kann der Hintergrund auch in den Vordergrund umkippen: Wenn der Wille auf der Seite der Vorstellung erkennbar wird, erscheint er als räumlich und zeitlich strukturierter. In dieser raumzeitlichen Formation erscheint das Wollen ausschließlich unter den ebenso stillschweigend wie selbstverständlich vorausgesetzten, indes *nicht* explizierten gesellschaftlichen und situativen Gegebenheiten. (s. 3.2). In diesem Bereich sind Willenserscheinungen als Wollen respektive Motivation nach Ort und Zeit nachweisbar (vgl. u. a. ebd., S. 196).

Schopenhauer drückt sich zusammenfassend wie folgt aus: „Der Wille ist die Erkenntniß a priori des Leibes, und der Leib die Erkenntniß a posteriori des Willens“ (ebd., S. 164). Demnach nimmt der Autor in psychologischer Hinsicht eine

folgenreiche Umkehrung vor, die wissenschaftstheoretisch betrachtet einem Paradigmenwechsel gleichkommt: „(Wir) müssen [...] die Natur verstehen lernen aus uns selbst, nicht umgekehrt uns selbst aus der Natur“ (ebd., S. 258). Das heißt: Dem Menschen ist in einem nicht naturwissenschaftlichen Sinne „ein Blick ins *Innere der Natur* gestattet; sofern nämlich dieses nichts Anderes, als *unser eigenes Inneres* ist“ (ebd., S. 461).

2. Rogers

Um Rogers' Auffassung der Struktur der menschlichen Wirklichkeit zu bestimmen, beziehe ich mich hauptsächlich auf seine „Theory of Therapy“ (Rogers, 1959/2009). Im Unterschied zu Schopenhauer kommt bei Rogers den Begriffen Vorstellung und Wille keine zentrale Bedeutung zu. Rogers verwendet diese Begriffe nicht in systematischer Hinsicht, und wo er sie überhaupt anführt, decken sich deren Signifikate im Falle der Vorstellung nur in einem bestimmten Ausmaß und im Falle des Willens kaum je mit jenen von Schopenhauer.

Umgekehrt finden sich schon bei Schopenhauer Begriffe, die bei Rogers von zentraler Bedeutung sind, von Schopenhauer aber noch nicht in genau gleicher Weise (z. B. Selbst) oder anders (z. B. Inkongruenz) verwendet werden (vgl. u. a. Schopenhauer, 1844/2005, S. 126 u. 133).

2.1 Vorstellungsgestalt

Nach eigenem Bekunden definiert Rogers die Begriffe Gewahrwerdung, Symbolisierung und Bewusstsein als Synonyme (Rogers, 1959/2009, S. 29) – eine Auffassung, der Gendlin ausdrücklich widersprechen wird (vgl. Wiltschko, 2008, S. 94). Auch andere Begriffe sind Rogers' Meinung nach substituierbar. So beziehen sich die Begriffe Selbst, Selbstkonzept *und* Selbststruktur auf die „organisierte, in sich geschlossene Gestalt“, welche u. a. die „Wahrnehmungscharakteristiken des Ich“ beinhaltet (Rogers, 1959/2009, S. 31).

Rogers verwendet den Begriff Selbstkonzept insbesondere dann, „wenn von der Person oder der Sichtweise ihrer selbst gesprochen wird“ (ebd.). Das Selbstkonzept wird als organisierte, in sich geschlossene Gestalt verstanden, die der Gewahrwerdung zugänglich ist (vgl. ebd.). Rogers' Konzept des Selbst beinhaltet Sätze, Worte, Werte und auch entsprechende Bilder mit den zugehörigen Gefühlen, Empfindungen und Gedanken. Das Selbst wird als Wahrnehmungsstruktur oder -gestalt verstanden, die sich aus den Wahrnehmungen der Person sowie ihrer Beziehungen zu anderen Personen und zur Außenwelt zusammensetzt.

Die Herausbildung der Ordnung einer Selbststruktur scheint soweit keinen externen „Organisator“ zu benötigen, sondern

ausschließlich aufgrund von Prozessen der Selbstregulierung zu erfolgen. Jedenfalls rekurriert Rogers an dieser Stelle seiner „Theory of Therapy“ in Bezug auf die Konzepte Selbst, Selbstkonzept und Selbststruktur nur auf die „organisierte, in sich geschlossene Gestalt“, die allerdings auch „die Wahrnehmungen der Beziehungen zwischen dem Ich und anderen und verschiedenen Lebensaspekten“ einschließt (ebd., S. 31). Später weist Rogers ausdrücklich darauf hin, dass man sich das Selbstkonzept „als eine strukturierte, konsistente *Vorstellungsgestalt* denken (kann)“ (Rogers, 1977/1988, S. 42; Hervorhebung von M. G.).

Nach Rogers werden die Begriffe Selbst und Selbstkonzept „üblicherweise dann verwendet, wenn von der Person oder Sichtweise ihrer selbst gesprochen wird“ (Rogers, 1959/2009, S. 31). Hingegen verwendet Rogers den Begriff Selbststruktur in *diesem* Zusammenhang besonders dann, „wenn wir auf die Gestalt von einem *äußeren Bezugsrahmen* aus blicken“ (ebd.; Hervorhebung von M. G.). Die Entwicklung der Selbststruktur betrachtet Rogers in seiner „Theory of Therapy“ unter dem Titel *Tendenz zur Selbstaktualisierung* als jene Erfahrung, in der „sich das symbolisiert, was wir Selbst nennen“ (ebd., S. 27). Die Tendenz zur Aktualisierung des Selbst wird von ihm als Selbstaktualisierungstendenz bezeichnet. Bei der Einführung dieses Begriffs lehnte sich Rogers an den Neuropsychiater Goldstein (1939/1995) an, der indes unter Selbstaktualisierung die Realisierung und Entfaltung *inhärenter* (d. h. *organismischer*) Potentiale verstand (s. 2.2). Rogers übernahm also Goldsteins Konzept der Selbstaktualisierung für die Vorstellungsgestalt nur als diesen Signifikanten, nicht aber als dessen Signifikat, versteht er doch dieses Signifikat als Selbstsymbolisierung bei der Entwicklung der Selbststruktur.

2.2 Aktualisierungstendenz

So wie Rogers die „Selbstaktualisierungstendenz“ (s. o.) mit der Vorstellungsgestalt in Verbindung brachte, indem er diesen Begriff *nicht* im Sinne von Goldstein verwendete, behandelte er hinsichtlich des Organismus schließlich die „Aktualisierungstendenz“ im Sinne von Goldsteins „Selbstaktualisierungstendenz“ (self-actualization).

Goldstein schrieb in seinem Buch „The Organism“ (1939/1995) in Bezug auf die Erfahrung mit Patienten u. a. Folgendes: „Experiences with patients teach us that we have to assume only one drive, the drive of self-actualization, and that the goal of the drive is not a discharge of tension. Under various conditions, various action come into the foreground; and while they thereby seem to be directed toward different goals, they give the impression of independently existing drives. In reality however, these various actions occur in accordance with the various capacities belonging to the nature of the organism and occur in accordance with those instrumental processes that are then

necessary prerequisites of the self-actualization of the organism“ (ebd., S. 163). Verschiedene Autoren und Autorinnen zeigten auf, dass die organismische Perspektive, die Rogers mit seinem Begriff der Aktualisierungstendenz einnahm, mit den ontologischen Elementen von Goldsteins biologischer Konzeption des menschlichen Organismus (bzw. mit dessen „Selbstaktualisierung“) kompatibel ist (vgl. u. a. Crisp, 2018, S. 70).

Rogers bezeichnet mit dem Terminus Aktualisierungstendenz „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (1959/2009, S. 26). Die ganzheitliche Kraft der Aktualisierungstendenz bezieht sich nicht nur auf die Grundbedürfnisse (nach Luft, Wasser, Nahrung usw.), sondern darüber hinaus – ähnlich wie bei Schopenhauer der Wille bzw. der Lebenswille – auch auf alle anderen Lebensbedürfnisse. Die Aktualisierungstendenz ist für Rogers grundlegend. Sie ist für ihn „das einzige Motiv [...], welches in diesem theoretischen System als Axiom vorausgesetzt wird“ (ebd., S. 27). Zeitlebens wird die Aktualisierungstendenz Rogers' einziges Axiom bleiben, auch nach seiner Auseinandersetzung mit Buber (1923/1984) (s. 2.3).

2.3 Zum Verhältnis von Vorstellungsgestalt und Aktualisierungstendenz

Unter förderlichen Entwicklungsvoraussetzungen und Beziehungsbedingungen sind Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz nicht dissoziiert und damit nicht in Konflikt miteinander. Die beiden „Tendenzen“ in Rogers' Theorie – manchmal ist in diesem Zusammenhang auch von „Strukturen“ die Rede – können also übereinstimmen: Der Zustand der Kongruenz ist erreicht, wenn es dem Individuum gelingt, sein Selbstverständnis entsprechend seiner Erfahrung zu realisieren respektive wenn vom Individuum die Selbsterfahrungen in „exakt symbolisierten Formen in das Selbstkonzept integriert werden“ (Rogers, 1959/2009, S. 38).

Aufgrund der relativen Autonomie der Aktualisierung des Selbst kommt es jedoch unter weniger günstigen Umständen und insbesondere Bewertungsbedingungen zu einer Differenz der beiden Tendenzen und damit zu einer *Inkongruenz* von wahrgenommenem Selbst und organismischem Erleben bzw. zu einer inadäquaten Symbolisierung der vollständigen Erfahrung. Die aktualisierten Strukturen der Erfahrung und des Selbst folgen dann teilweise Eigendynamiken, so dass das Individuum seine eigenen Erfahrungen nicht versteht bzw. sein Verhalten in diesen Aspekten unverständlich wird (vgl. Kriz & Stumm, 2003, S. 19f.).

Rogers weist in „Entwicklung der Persönlichkeit“ (1961/2006) darauf hin, dass das Prozesskontinuum in der Gesprächspsychotherapie eine Verschiebung beinhaltet, und zwar von der

Inkongruenz zur Kongruenz (vgl. ebd., S.160). Erfahrungen, die von einer Person ursprünglich nicht als Selbsterfahrungen wahr- und/oder angenommen werden können und deshalb von ihr nur in verstellter Form symbolisierbar sind, werden im Verlaufe des therapeutischen Prozesses zugänglich, akzeptiert und symbolisiert. Indem eine Person versucht, diese Erfahrungen in das bestehende Bild von sich selbst zu integrieren, wird auch ihr bisheriges Selbstbild umstrukturiert. Schließlich gelangt die Person zu einer neuen Unmittelbarkeit des Erfahrens, bei dem sich Erkenntnis und Gefühl durchdringen. „Der Mensch [wird] eine Einheit des Flusses, der Bewegung. Er hat sich geändert; was jedoch am bedeutsamsten sein mag: Er wurde zu einem zusammenfassenden Prozeß der Veränderungen“ (ebd., S.162).

Rogers' duales Strukturmodell beinhaltet nicht Strukturen, die ineinander umkippen (s. 1.3) oder bei denen sich die eine der anderen per se entgegenstellt und sie durchwegs dominiert, wie dies bei Schopenhauer im Verhältnis von Vorstellung (bzw. „Intellekt“) und Wille der Fall zu sein scheint (vgl. auch 3. 2). Bei Rogers' Modell handelt es sich eher um *parallel* gelagerte Strukturen oder „Ebenen“ (vgl. u. a. Lukits, 2016, S.70). Als solche können sie mehr oder weniger kongruent sein. Sie sind auch in ihrer Zugänglichkeit und Erfahrbarkeit nicht grundsätzlich voneinander unterschieden.

3. Vergleich von Schopenhauer und Rogers

Schopenhauer setzte auf die Vorstellung und den Lebenswillen, Rogers auf die Vorstellungsgestalt und die Aktualisierungstendenz. Die Theorien der beiden Autoren scheinen eine strukturelle Gemeinsamkeit aufzuweisen, wenngleich sie innerhalb ihrer gemeinsamen Struktur keineswegs überall übereinstimmen (s. 3.1) und in praktischer Hinsicht weitgehend voneinander abweichen (s. 3.2).

3.1 Strukturvergleich

Rogers' sowie Schopenhauers System sind dichotom aufgebaut. Wer die Welt nur mit dem Verstand zu erfassen versucht, erkennt nicht, dass den Dingen wesentlich nicht beizukommen ist, da nur deren Fassaden beobachtet und allenfalls auch erklärt werden können, während das der Außenseite Innewohnende leiblich unmittelbar zugänglich ist, indes als solches dort nicht erklärt werden kann.

Rogers verwendet den Begriff Selbststruktur dann, wenn deren Vorstellungsgestalt von einem externen Bezugsrahmen aus subjektiv wahrgenommen wird (s. 2.1). Für Schopenhauer ist diesbezüglich das eigene Selbst für ein Subjekt in dessen Vorstellung nur und ausschließlich objektiv gegeben (s 1.1 u. 1.3).

In beiden Fällen handelt es sich um subjektive Wahrnehmungen von Objektivierungen, wobei bei Rogers die Gestalt der Selbststruktur in einem Rahmen gefasst und bei Schopenhauer das Selbst als Objekt der Anschauung in Raum und Zeit formiert ist, sodass durch diese Vorstellung auch kausale Zusammenhänge erfasst und/oder Begründungen vorgenommen werden können. Bei beiden Autoren ist der Bezug des Subjekts externalisiert (ein Bezugsrahmen; ein Objekt), und als solcher vom Innerlichen (organismische Aktualisierungstendenz; Lebenswille) abgehoben.

Lukits (2016, S. 68ff) ist m. E. der erste Psychotherapeut und Wissenschaftler, der die Gemeinsamkeit der beiden Systeme erkannt und diese Gemeinsamkeit auch bezüglich des Verhältnisses von prozeduraler und empathischer Psychotherapie und ebenfalls hinsichtlich des Verhältnisses von empirisch-erklärender und ganzheitlich-verstehender Wissenschaft aufgegriffen hat. Diese gemeinsame duale Grundstruktur wird indes von Schopenhauer und Rogers inhaltlich verschieden ausgestaltet:

Eine erste Differenz ist hinsichtlich des Selbst und dessen Platzierung feststellbar. Schopenhauer verwendet das Wort „selbst“ zweiseitig, wobei er das „wahre Selbst“ schließlich dem Willen zuordnet (s. 2.2). Hingegen thematisiert Rogers das Selbst vor allem, wenngleich nicht ausschließlich, in Bezug auf die Vorstellungsgestalt bzw. die Selbststruktur. Er thematisiert diesbezüglich u. a. das Selbstkonzept, das Selbstbild sowie das Selbstideal und damit auch die Selbstwertschätzung (vgl. Rogers, 1961/2006, S.136ff), um im Rahmen des Prozesskontinuums mit der therapeutisch durchgesetzten Aktualisierungstendenz schließlich das Selbst als Objekt eigentlich aufzulösen (siehe Näheres in: Klein, le Coutre, & Galliker, 2018).

Eine zweite Differenz ist bezüglich des Erfahrungskonzepts feststellbar: Nach Rogers' Verständnis der Erfahrung ist durch dieselbe auch dasjenige, „was sich innerhalb des Organismus in einem bestimmten Augenblick abspielt, [...] potentiell der Gewährwerdung zugänglich“ (1959/2009, S.27). Während Schopenhauer den Erfahrungsbegriff i. e. S. nur für die raumzeitlich strukturierte Anschauung verwendet und in diesem Bereich zudem den Begriff Vorstellung bevorzugt (s. 1.1), verwendet Rogers sein Erfahrungskonzept für beide Bereiche, wenngleich er nicht selten andere Begriffe präferiert (u. a. Erleben, Erlebnis, Gewährwerdung). Nach Schopenhauer ist „die gesamte Erfahrung *nur* Erkenntnis der Erscheinung; daher können ihre Gesetze nicht auf sein ‚Ding an sich‘ geltend gemacht werden“ (1819/1987, S.255; Hervorhebungen von M. G.). Demgegenüber schließt Rogers Erfahrungsbegriff „Ereignisse ein, denen sich das Individuum nicht gewahr ist, *ebenso* wie Phänomene, die im Bewusstsein (consciousness) sind“ (Rogers, 1959/2009, S.27; Hervorhebung von M. G.). Da Rogers' Begriff der Erfahrung sich auf beide Seiten des Systems erstreckt, ist – unter der Voraussetzung einer „freien Erfahrung“ – auch von

der organismischen Seite des Systems ausgehend „etwas gewahrwendend [zu] erleben“ möglich (vgl. ebd., S. 28).

Eine dritte Differenz ergibt sich bei der gewöhnlichen Einschätzung des Willens respektive der Aktualisierungstendenz. Während Schopenhauer den Willen – beispielsweise in der Ausgestaltung bestimmter Emotionen (u. a. dem Hassgefühl) – nicht zuletzt auch als *negativ* betrachtet (hierzu s. 3.2), fasst Rogers die Aktualisierungstendenz ausschließlich *positiv* auf i. S. von „Lebenssteigerung“ und „Vervollkommnung“; einem „Willen zum Guten“, was von weniger optimistisch gesinnten Therapeuten und Therapeutinnen moniert wurde (vgl. dazu u. a. Finke, 2004, S. 257). Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Schopenhauers Wille nur in der (primär in *seiner*) Vorstellungswelt bestimmbar ist, widerspricht doch „das Erkantwerden selbst schon dem Ansichseyn“, da „jedes Erkannte schon als solches nur Erscheinung ist“ (Schopenhauer, 1844/2005, S. 260).

3.2 Praxisvergleich

Im Zentrum von Schopenhauers Philosophie steht der Mensch als Einzelwesen, das Individuum; schon deshalb kann er als Pionier der Lebensphilosophie und schließlich auch der Humanistischen Psychologie betrachtet werden. Im Zentrum des Personenzentrierten Ansatzes Rogers' steht die Person. Ausgangs- und Endpunkt beider Autoren ist der besondere Mensch. Allerdings wird er unter weitgehender Abstraktion von dessen kulturellen, ökonomischen, gesellschaftlichen und insbesondere bei Schopenhauer sozialen Voraussetzungen betrachtet.

Etwelche gesellschaftliche oder kulturelle Defizite werden jedoch von beiden Autoren *nicht* bei den einzelnen Personen als „psychische Krankheit“ untergebracht. Personen werden nicht nach ihren Schwierigkeiten gruppiert, typisiert und je besonders etikettiert. Schopenhauer sieht sich noch nicht dazu veranlasst, den Krankheitsbegriff auf den psychischen Bereich anzuwenden, und Rogers legte in seinem grundlegenden Werk „Die nicht-direktive Beratung“ (1942/1985) ausführlich dar, warum er dies nicht mehr so tun möchte wie seine Vorgänger. Er ersetzte psychische Schwierigkeiten mit anderen Begriffen (u. a. Inkongruenz, Verletzlichkeit, Desorganisation), während bei Schopenhauer das Leiden und Mitleiden begleitend sind (s. u.).

Die wichtigste Gemeinsamkeit der beiden Autoren liegt im Primat des Lebenswillens bzw. im Primat der Aktualisierungstendenz. Diese „natürlichen Kräfte“ sind der Gestalt der Vorstellung vorrangig. Damit werden sie auch *nicht* möglichen externen „Hilfskräften“ überantwortet. Potentielle Helfer oder Helferinnen (mitunter auch professionelle) können sich indes auf die primär organismischen Tendenzen *pessimistisch* (Schopenhauer) oder *optimistisch* (Rogers) einstimmen.

Diese Differenz ist hinsichtlich des jeweiligen Praxisverständnisses von Schopenhauer und Rogers relevant.

Nach Rogers hat ausschließlich der Klient oder die Klientin den Fortgang der Beratung zu bestimmen, was indes in einer eindeutig strukturierten Beziehung bzw. in einem wohl definierten externen Rahmen geschieht (s. auch 3.1): „*Wirksame Beratung besteht aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung, die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst in einem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen*“ (1942/1985, S. 28). Demnach liegt der Fortschritt der Beratung (oder auch Therapie) wesentlich in der Entwicklung der Persönlichkeit des Klienten durch den Klienten. Diese immanente Entwicklung, die im Personenzentrierten Ansatz letztlich auf die Aktualisierungstendenz zurückgeführt wird, stimmt den Gesprächspsychotherapeuten zuversichtlich; dieser Entwicklung, dieser Tendenz, *vertraut* er. Beispielsweise hält sie ihn davon ab, bei einer Stagnation des therapeutischen Prozesses zu resignieren und/oder den Fortgang zu forcieren (vgl. u. a. die Stellungnahmen von Gesprächspsychotherapeuten und -therapeutinnen zur Bedeutung der Aktualisierungstendenz in: Kriz und Stumm, 2010, S. 135–150). In der Beratung sowie in der Therapie wird auf Ratschläge, Erklärungen, Interpretation, Ermahnungen und wo immer überhaupt möglich auch auf Suggestionen verzichtet. Zumindest nach dem frühen Rogers erfolgt der Fortgang der Beratung durch das „Überwiegen der Aktivität des Klienten“ sowie durch „äußerste Zurückhaltung des Beraters“ (ebd., S. 177). Indessen sorgt die von der Klientin geleitete Therapeutin für wohltuende Bedingungen (i. S. v. therapeutischen Rahmenbedingungen) und referiert den persönlichen Bezugsrahmen der Klientin (s. 2.1).

Zu Schopenhauers Praxisbezug: Der Wille wird von Schopenhauer – wie später von Freud das „Unbewusste“ – mit einem unbändigen Pferd verglichen. Ihm können vernünftigerweise Zügel angelegt werden: „Denn was, für ein unbändiges Roß, Zügel und Gebiss ist, das ist für den Willen im Menschen der Intellekt: an diesem Zügel muß er gelenkt werden, mittels Belehrung, Ermahnung, Bildung u.s.w.“ (1844/2005, S. 279). Doch Schopenhauer erachtet diese „Führung“ ähnlich wie Rogers *nicht* als ergiebig: „Zu glauben, dass die Erkenntnis wirklich und von Grund aus den *Willen* bestimme, ist, wie glauben, daß die Laterne, die Einer bei Nacht trägt, das *primum mobile* seiner Schritte sei“ (Schopenhauer, 1844/2005, S. 293). Der Intellekt, dem sich mit seiner äußeren Anschauung gegebenenfalls auch das Medium der Motive für die Erscheinung des Wollens verdeutlichen kann, vermag den Willen nicht zu bestimmen; bestenfalls kann derselbe durch den Intellekt konturiert und gemäßigt werden.

Nach Schopenhauer (1844/2005, S. 743) ist der stets strebsame, rastlose Wille *niemals* zu befriedigen: „Keine auf der

Welt mögliche Befriedigung könnte hinreichen, sein Verlangen zu stillen, seinem Begehren ein endliches Ziel zu setzen und den bodenlosen Abgrund seines Herzens auszufüllen.“ Wenn die einen Menschen etwas genießen, müssen die anderen oft unmittelbar oder allenfalls mittelbar darunter leiden. Auf den ersten Blick Positives im Leben erweist sich schon aus zeitlichen Gründen mit dem Vergehen allen Glücks als Illusion. Wenn eine Person Bindungen hat, leidet sie umso mehr, wenn sie dieser Bindungen beraubt wird. Tiefe Bindungen machen nur das Sterben schmerzlicher – so jedenfalls Schopenhauer. Der Mensch erreiche selten das Glück und wenn doch, nur, um früher oder später wieder enttäuscht zu werden. Der Wille ist ein Streben, das sich stets selbst vereiteln muss. Leben wird mit Leiden gleichgesetzt (vgl. u. a. Schopenhauer, 1819/1987, S. 469).

Wenn das Leben ein endloser Zyklus des Willens, der Befriedigung, Unbefriedigtheit (Langeweile, Frustration usw.) und wieder des Willens ist, sind wir dazu verurteilt, uns endlos auf dem Rad des Willens zu drehen. Nach Schopenhauer gilt es, von diesem Rad abzuspringen. Die Frage ist nur, wie?

Durch unser gemeinsames Leiden sind wir Menschen unerbittlich miteinander verbunden, wir sind *Leidensgenossen*. Doch bedeutet Leiden auch Mitleiden? Ist ein Leiden, das einen selbst nicht trifft, ebenso unmittelbar zugänglich wie das eigene Leiden? Ein Mensch verspürt Mitleid mit einem anderen Menschen, wenn er sich mit diesem identifiziert, sodass – wenigstens für einen Augenblick – die Schranke zwischen Ich und Nicht-Ich aufgehoben wird und sich „reine Liebe“ (caritas) ergibt, die nach Schopenhauer „ihrer Natur nach Mitleid ist“ (u. a. ebd., S. 526).

Schopenhauer zufolge muss man sich der Lebenskraft bewusst werden, die überall in der Natur existiert, sich in ihr durchsetzt (s. 1.2), und sich auch im Sein jedes Menschen *individuell* manifestiert, um wirklich Mitleid empfinden zu können. Wenn eine Person am Leiden anderer so viel Anteil wie an seinem eigenen nimmt (oder wirklich nehmen kann), ist sie nicht nur hilfreich, sondern spürt auch in anderen Personen *ihr inneres Selbst*. Es ist aber dadurch nicht mehr nur das Leiden einer anderen Person, das sie anschaut, sondern da sie das *principium individuationis* durchschaut (s. 1.1), liegt ihr alles gleich nahe. Für Schopenhauer bedeutet dies, dass ein solcher Mensch schließlich für Trost nicht mehr empfänglich ist. „Der Wille wendet sich nunmehr vom Leben ab; ihm schaudert jetzt vor dessen Genüssen, in denen er die Bejahung desselben erkennt. Der Mensch gelangt zu einem Zustand der freiwilligen Entsagung, der Resignation, der wahren Gelassenheit und gänzlichen Willenslosigkeit“ (ebd., S. 531). Schopenhauers Meinung nach kann der Wille durch die Askese negiert werden. Bei seiner Verneinung des Willens zum Leben bezieht sich Schopenhauer auch auf den Buddhismus. Die Askese führt zur Gelassenheit

des Menschen und zu seiner Erlösung von der Welt (vgl. Schopenhauer, 1844/2005, S. 787ff).

Zeitlebens ignorierte Schopenhauer nicht nur die historischen Voraussetzungen gesellschaftlicher Verhältnisse und kultureller Phänomene (z. B. auch des Buddhismus), sondern ebenfalls die interindividuelle Interaktion soweit sie über das Mitleiden hinausgeht. Demgegenüber hat Rogers zumindest der zwischenmenschlichen Beziehung große Bedeutung beigemessen. Zwar verstand er ursprünglich die therapeutische Beziehung noch ausschließlich als Alter-Ego-Beziehung, bei welcher der Therapeut sein eigenes Ego beiseitestellt und in der Rolle des Gegenübers aufgeht (vgl. u. a. Rogers, 1951/1983), doch betonte er zunehmend die Relevanz der realen Begegnung von „Person zu Person“, allerdings ohne dabei definitiv „das Konzept der Alter-Ego-Beziehung aufzugeben“ (vgl. u. a. Finke, 1999, S. 111). Insbesondere nach Rogers' Auseinandersetzung mit Martin Buber im Jahre 1957, die oft als Wende in seiner therapeutischen Arbeit betrachtet wird (vgl. u. a. Beck, 1991, S. 82), veränderte sich sein Verständnis der Beziehung grundlegend, indes konnte er seine „monologische Entelechie“ nicht im Sinne der „dialogischen Polarität“ Bubers gänzlich verabschieden (vgl. Wenck, 2008, S. 2000).

Nach Rogers schließen sich Personenzentriertheit und dialogisches Verhalten *nicht* aus. Es stellt sich die Frage, ob sich das sogenannte Selbst in erster Linie durch die Aktualisierungstendenz oder eo ipso durch die Beziehungserfahrungen der Person entwickelt. Zur Beantwortung dieser Frage wird noch ein anderer Exponent der Humanistischen Psychologie und Psychotherapie zu Wort kommen, Eugene Gendlin, der 1951 an Rogers' Counseling Center (Universität Chicago) kam, wo er in der ersten Zeit Klient und Student und später auch Mitarbeiter (Therapeut und Forscher) war. War es Gendlin vorbehalten, das Problem des komplizierten Verhältnisses von Organismus und Interaktion zu lösen?

4. Gendlin

Gendlin wies hinsichtlich seines Schaffens ausdrücklich auf die Relevanz Diltheys hin: „Vieles habe ich bei Wilhelm Dilthey gefunden“ (vgl. Wiltschko, 2008, S. 150). Zu den relevanten Fundstellen von Gendlins Konzepten bei Dilthey gehören Begriffe wie Kreuzen und Fortgang, Fortschreiten bzw. Vorantragen (vgl. u. a. Dilthey, 1910/1965, S. 156ff). Nach Dilthey vermag kein Mensch aus seiner Kultur, Gesellschaft, Familie usw. herauszutreten. Das sind alles persönliche Bezüge, die sich in seinem Organismus *kreuzen*. Der Mensch kann sich so seines Strukturzusammenhangs *innwerden* (vgl. u. a. ebd., S. 195). Dilthey sah sich in der Nähe Schopenhauers, versuchte indes dessen „Paradox“ der Wirklichkeitsstruktur zu überwinden (vgl. Rodi,

2016, S. 56). Der Organismus, das Leibliche, mithin der Lebensprozess, ist nach wie vor von zentraler Relevanz für Gendlin, nicht aber Rogers „Aktualisierungstendenz“, zumindest nicht in einem ausdrücklichen Sinne.

4.1 Theoretische Grundlegung

In seinem theoretischen Hauptwerk *Ein Prozess-Modell* geht Gendlin (1997/2016) von der Interaktion aus (vgl. ebd., S. 51ff). Die Interaktion ist Gendlins wichtigster Grundsatz (vergleichbar mit einem Axiom). Gendlin nennt sein Konzept „*Interaction first*“ (vgl. u. a. ebd., S. 92). Nach dem Autor ist der Lebensprozess eine beständige Leib-Umwelt-Interaktion. Sie schließt die jeweilige Person-Person-Interaktion ein. Letzteres wird allerdings nicht besonders hervorgehoben. Leben und Umwelt beginnen als ein System. Erst viel später in unserer phylo- und ontogenetischen Entwicklung haben wir die Macht, Leben und Umwelt, Innen und Außen zu spalten.

Gendlin zufolge werden mit der Interaktion jeweils neue Erfahrungen vom Organismus einbezogen, wodurch sich das schon früher Integrierte verändert, bevor es weitergehend aufgefächert und ausgebreitet wird. Gendlins Prozess ist ein sich selbst generierender Lebensprozess, der im Wesentlichen darin besteht, dass sich die Person *in* etwas Gegebenes hineinbegibt; i. d. R. in etwas bereits interaktiv Involviertes, wodurch sich etwas Weiteres ereignet, das weitergehend wiederum ausgedrückt wird. So impliziert Hunger Nahrungsaufnahme, nachher auch die Verdauung, zu der u. a. die Ausscheidung gehört, um nach einer Weile der Ruhe im Weiteren durch neue Aktivitäten wieder hungrig zu werden (vgl. Gendlin, 1997/2016, S. 58). Hierauf erfolgt wiederum ein neues Implizieren. „Jedes Geschehen geschieht in das letzte Implizieren *hinein* und verändert es“ (ebd., S. 171). Das Geschehen vorantragen geschieht immer wieder durch neue Zyklen. Nach Gendlin handelt es sich um Funktionskreise. Bei Schopenhauer war – zumindest in diesem inhaltlichen Sinne – von einer Kreisbewegung noch keine Rede; allenfalls könnte diese Bewegung als „Umkippen“ verstanden werden (s. 1.3). Die Strukturen der Vorstellung und des Dings an sich (respektive des Lebenswillens) sind bei ihm in einem therapeutischen Sinne nicht vermittelbar (s. 3.2).

Ein sich vorantragendes Geschehen ist eine Explikation, die jedoch nicht als einfache Repräsentation verstanden werden kann, sondern selbst jeweils ein weiterer Prozess ist. Nach Gendlin bedeutet das Explizieren u. a. auch, dass es *mehr* und auch *anderes* umfasst als das Geschehen, in dem das jetzt Explizierte vorgängig noch implizit war. „Keine Explikation ist je äquivalent mit dem (...), was sie expliziert“ (ebd., S. 57). Was sich gleichbleibt, kann nicht abgesondert von dem betrachtet werden, was sich verändert, und vice versa. Das Explizieren trägt das Implizieren, natürlich immer auch das neuerliche,

mit sich voran; das heißt, der Prozess setzt sich stets weiter fort. Man kann nicht den Eindruck gewinnen, dass Gendlin auf etwas schon vorgängig Gegebenes oder (Weiter-)Bestehendes rekurriert, so wie dies zuweilen bei Rogers der Fall zu sein scheint (beispielsweise i. S. der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte).

Das Erleben eines Menschen als ein Strom vielfältig miteinander interagierender Momente bleibt in seinem Fluss immer mit der Welt verbunden, zu welcher sowohl externe Aspekte als auch „Vorstellungen, ‚interne Gegenstände‘“ gehören, welche die Person vor sich hinstellt, „um sie wahrzunehmen“ (ebd., S. 118). Die Vorstellung wird also nicht jenseits des Leiblichen angesetzt wie bei Schopenhauer und auch – wenn gleich viel weniger ausgeprägt – bei Rogers (s. 1.1 u. 2.1). Im Kontext des Prozessmodells wird die Vorstellung auch nicht jenseits der Körper-Umwelt-Interaktion betrachtet. Dementsprechend wird sie nun als „interaktionelle reale Vorstellung“ begriffen (vgl. 1997/2016, S. 245). In diesem Prozess werden ausschließlich Ereignisse entfaltet (occurring) und (wiederum) eingefaltet (implying).

In aller Kürze ausgedrückt, würde dies in methodologischer Hinsicht eine beidseitig offene Vorgehensweise bedeuten – introspektiv *und* extrospektiv.

Nach Gendlin gibt es keinen abgeschlossenen „Innenraum“, der einem „Außenraum“ gegenübergestellt ist, so wie dies insbesondere bei Schopenhauer der Fall ist. Der Erlebensprozess kann nicht nur von innen heraus, sondern zugleich auch objektivierend wahrgenommen werden. Gendlin zufolge ist das Innere der „Innenraum“ desjenigen, in das sich die Person hineinbegibt, nicht ein innerer Raum der Person selbst, um im Bild zu bleiben.

4.2 Focusing

Nur wenn nicht berücksichtigt wird, dass Gendlins Focusing auch Moment seiner Theorie ist, kann sich die Frage stellen, ob „Focusing und Interaktion nicht zwei verschiedene Dinge sind“ (Korbei, 2017, S. 95). Allerdings wird dabei übersehen, dass die spezifisch *zwischenmenschliche* Interaktion von Gendlin in seiner Theorie *nicht* eingehend berücksichtigt worden ist. Rogers ist in *dieser* Beziehung sicherlich weitergegangen, m. E. praktisch sowie theoretisch, auch wenn er die Interaktion nicht axiomatisiert hat (s. 2.2).

Zu Beginn des Focusing-Prozesses beinhaltet das Erleben nur undeutlich wahrnehmbare Empfindungen. Vorerst können diese leiblichen Befindlichkeiten im Unterschied zu den expliziten Erlebnisinhalten noch nicht benannt und ausgedrückt werden. Zunächst ist nur ein diffuses „Etwas“ (*felt sense*) in einem bestimmten Bereich des Leibes spürbar. Es ist insgesamt noch nichts anderes als eine Konstellation von Empfindungen,

wie etwa etwas Schweres, Klebriges, Nervöses, Flatterndes (vgl. Gendlin, 1986/1998, S. 56). Demnach ist dieses „Etwas“ an sich noch keine eigentliche Emotion im Sinne von Freude, Traurigkeit, Furcht, Scham usw.

Dieses „Etwas“ enthält aber die empfindungsmäßigen Konstituenten der Emotionen, mithin auch vage *implizite* Stimmungen und mit ihnen auch noch anderes Leibliches von Relevanz, das jeweils zugleich über die Welt ist (s. 4.1), das ursprünglich noch nicht oder nur andeutungsweise zugänglich ist. Der Klient ist aufgefordert, diesem „Etwas“ (z. B. einem Druck auf der Brust) eine Stimme zu geben, so dass die Konnotationen, die sich in diesem Druck kreuzen und komprimieren, bedeutsam werden. Was mit und in dem „Etwas“ zum Vorschein kommt, ist eine ganzheitliche, facettenreiche Struktur, zu der auch die Klientin gehört, die sie fokussiert und sich in sie wiederum hineinbegibt. Der felt sense impliziert diverse Verbindungen mit der Welt. Auch wenn Focusing manchmal den gegenteiligen Eindruck erwecken mag: Thematisiert wird die persönliche Welt des Klienten (etwa seine Arbeitsüberlastung in seiner Firma), und nicht nur seine besondere, rein privat aufgefasste „eigene Innenwelt“ (den Stress isoliert vom Arbeitsplatz). Focusing ist letztlich *kein* intrapsychischer Prozess, eher ein leibliches Durchdringen der persönlichen (Außen-)Welt; ja es wurde die Meinung vertreten, dass es beim Focusing so etwas wie einen (rein) intrapsychischen Prozess gar nicht gibt (vgl. Korbei, 2017, S. 95).

Der felt sense ist mehr als das, was vorgängig schon gewusst wurde (z. B. hinsichtlich eines Problems). Er ist die Quelle für weiterführende Schritte des Fühlens, besteht er doch ursprünglich aus implizierten Bedeutungen, die unter der Voraussetzung eines „achtsamen Verweilens“ als nun explizite Bedeutungen ausgefaltet bzw. mittels Sprache ausgedrückt werden können. Mit der Zeit steigen aus dem körpernahen, empfindungsmäßigen „Etwas“ Bilder, Symbole oder Worte auf (vgl. u. a. Gendlin, 1978/1981, S. 136). Die Klientin kann sich vor diesem Hintergrund in einer Therapie zwischen den sich herausbildenden Bedeutungen und den sich (u. U. neu) bildenden Gefühlen orientieren und versuchen, ihre Symbole und ihre Emotionen aufeinander abzustimmen. Sie prüft (meistens mehrmals), ob sie (schon) eine „vollkommene Übereinstimmung“ erreicht hat (vgl. ebd.). Gerät der symbolisch in den Focus genommene felt sense i. d. S. in Bewegung, resultiert hieraus, wenn derselbe und ein Symbol schließlich zusammenfallen, ein felt shift; nicht selten i. S. eines Aha-Erlebnisses (d. h. das Symbol ist nun „stimmig“). Mit dem felt shift wird etwas auf den Begriff gebracht und zugleich weitergeführt. Er kann als weiterführende Explikation von Implizitem in neuer Gestalt verstanden werden. Dieser Prozess erfolgt sicherlich auch in der Gesprächspsychotherapie Rogers', doch wurde er von Rogers nicht weitergehend theoretisch behandelt und analysiert.

4.3 Synthese

Gendlin (2008) zufolge ist die „Situation“ etwas, das *nicht* in Äußeres und Inneres gespalten werden kann (s. 4.2). Das Erleben wirkt auf die Situation *und* die Situation auf das Erleben. Zur Situation gehören auch Vorstellungen, interne Gegenstände, die man vor sich hinstellen kann, um sie wahrzunehmen (wenigstens in dieser Beziehung letztlich durchaus auch i. S. von Schopenhauer). „Ebenso wie ‚äußere‘ Gegenstände wirken sie auf mein Erleben ein: Sie rufen eine innere *Resonanz* hervor, auf die ich mich unmittelbar beziehen kann“ (Wiltschko, 2009, S. 118). Die Resonanz besteht aus Erlebnisaspekten, die von der Klientin ausdrückbar und benennbar sind. Dabei fungiert das Focusing insbesondere mit dem felt sense als *Übergang* vom körperlichen Bereich in einen bedeutsamen und damit schon eigentlich kulturellen Bereich. Allerdings kann der felt sense nicht direkt in bestimmte Bilder, Symbole oder Worte „übersetzt“ werden. Es geht darum, zu *warten*, bis sich aus ihm heraus mit der Zeit ohne eigenes Zutun der Person Vorstellungen und schließlich Worte der Person einstellen.

Demnach sind bei Gendlin die dualen Strukturen theoretisch und praktisch nicht getrennt voneinander, sondern miteinander verbunden und zwar in erster Linie wie bei Rogers von Seiten des Organismischen in Richtung bewusster Wahrnehmung. Bei Rogers ist die Selbstaktualisierungstendenz – zumindest in ihrem Ursprung – ein Implikat der Aktualisierungstendenz (vgl. u. a. Rogers, 1959/2009, S. 27). Demgegenüber kann es sich bei Gendlin nicht um eine einseitige Durchlässigkeit wie in Rogers „Theory of Therapy“ (auch wenn in dieser zuweilen auf das Umfeld hingewiesen wird; vgl. u. a. ebd., S. 26), sondern um einen *wechselseitigen* Prozess, in dem der felt sense als eine Art Scharnier figuriert zwischen dem auf der einen Seite noch primär Somatischen und auf der anderen Seite noch primär Psychischen, das kulturell, gesellschaftlich und sozial bedingt ist; eine Differenz, die im Prozess verfeinert und schließlich aufgehoben wird.

In diesem Prozess kommt semantischen Leerstellen des Körpers (insb. Symptomen) *Bedeutung* zu. Wenn man sagt: „plötzlich spricht der Körper“ (respektive eine Stelle desselben), muss ursprünglich noch eine Trennung bestanden haben, die nun aufgehoben wird durch Bedeutungen, die als solche einen überindividuellen Charakter haben. Die Auflösung des Problems erfolgt also mit dessen Bedeutung; das Symptom an sich (z. B. ein Druck) war nur der Bote, welcher bekundete, was (teilweise) schon implizit vorgegeben war (z. B. als ängstliche Stimmung) und sich nun detailgenau ausgestalten kann.

Gendlins Ansatz kann in Theorie *und* Praxis als eine auf die Psychotherapie oder auch auf bestimmte Alltagssituationen bezogene *Synthese* der beiden Seiten jener dualen Wirklichkeitsauffassung verstanden werden, die Schopenhauer bei der

Entwicklung seines Systems zum Ausdruck gebracht und die Rogers bei der Entwicklung seiner Theorie von sich aus reproduziert hat. Während in Schopenhauers Theorie der Gegensatz zwischen Psyche und Soma zwar nur durchscheint, aber als solcher bestehen bleibt, wird er von Rogers nivelliert und schließlich von Gendlin aufgehoben. Nach Gendlin ist das leibliche Wohlbefinden mit dem gesellschaftlichen und psychischen an und für sich vereinigt; unter bestimmten Voraussetzungen kann es jedoch zu einer Trennung kommen, was Leid bedeutet. Indessen kann die Trennung im Sinne Gendlins auch therapeutisch aufgehoben werden.

Schlussbemerkungen

Ein humanistisches Verständnis von Philosophie und Wissenschaft geht von der Einheit von Theorie und Praxis aus. Gerade im psychotherapeutischen Bereich entsteht eine sinnvolle Theorie aus reflektierter Praxis, so gut wie eine wirksame Praxis eine brauchbare Theorie und ein Verständnis derselben voraussetzt.

Mit der Formierung der menschlichen Wirklichkeit durch Schopenhauer, Rogers und Gendlin wird die Bedeutung des spontan Organismischen in der Therapie begründet. Allerdings konnte die theoretische Arbeit dieser drei Autoren hier noch nicht in einen empirischen Bereich falsifizierbarer Hypothesen weitergeführt werden. Letzteres wäre jedoch gerade auch in praktischer Hinsicht von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Leider gibt es nicht nur bei anderen therapeutischen Verfahren, sondern ebenfalls im Bereich der Humanistischen Psychotherapie und des Personzentrierten Ansatzes Tendenzen, die eher von der einheitlichen Person- und Organismuszentriertheit wegführen und sich wieder mehr dem zuwenden, wogegen Rogers angetreten ist, nämlich gegen die Verfügbarmachung und Instrumentalisierung der Klientinnen und Klienten.

Natürlich bestehen zwischen Schopenhauer, Rogers und Gendlin erhebliche Unterschiede, von denen hier nur die Differenzen im Übergang vom Organischen zum Begrifflichen wenigstens angedeutet werden können. Während Schopenhauer an diesem Wendepunkt eine „Entweder-Oder-Logik“ vertritt, sehen Rogers und Gendlin in der Therapie einen kontinuierlichen Übergang, wobei Gendlin denselben mehr wechselseitig auffasst als Rogers und dies mit dem Focusing nicht nur praktisch veranschaulichen, sondern in seinem Prozessmodell auch theoretisch begründen kann. Bei Gendlin ist die Entwicklung der Persönlichkeit *nicht* insbesondere durch die Aktualisierungstendenz vorprogrammiert, sondern diese Entwicklung wird durch die Auseinandersetzung mit ihrer gesellschaftlichen, kulturellen und natürlichen Umwelt beständig wiederum weiter entfaltet. Beim Focusing versenkt sich die Klientin nicht einfach in den eigenen Körper, der stillschweigend von

allem Übrigen als isolierter aufgefasst wird, denn dies würde den therapeutischen Prozess blockieren anstatt ihn weiter voranzutragen, wie in der Supervision nicht selten deutlich wird.

Der Personzentrierte Ansatz müsste m.E. im Dienst der Praxis i. S. der besonderen Errungenschaften Gendlins weitergehend elaboriert werden. Dieses Unterfangen wäre auch hinsichtlich der Therapieforschung von Bedeutung, die bisher einen fast vollständig empiristischen Charakter hatte und – rein wissenschaftstheoretisch betrachtet – wenig erbrachte. Ohne ergiebige Theorie können in diesem nicht zuletzt auch praktisch und sozialpolitisch relevanten Bereich kaum Fortschritte erzielt werden. Es ist kein Geheimnis, dass in diesem Teilgebiet der Klinischen Psychologie bisher die grundlegenden methodologischen Standards *nicht* eingehalten werden konnten (vgl. u. a. Galliker & Klein, 2018).

Gendlin vertritt methodologisch betrachtet einen hermeneutisch-phänomenologischen Ansatz, der sowohl in theoretischer als auch in praktischer Hinsicht vielversprechend ist. Damit ergibt sich auch ein wichtiger Bezug zur Psychoanalyse, was sich bei der zu erwartenden Vereinheitlichung der therapeutischen Richtungen als relevant erweisen könnte. Zwar hat Freud einiges von Schopenhauer assimiliert, indes dessen System nicht berücksichtigt. Freud versuchte es mit einem eigenen System. Dieses erwies sich jedoch als inkonsistent. Im Verlaufe seines Lebens sah sich Freud immer wieder dazu veranlasst, sein System zu revidieren (vgl. u. a. Gay, 1987/1989), während Schopenhauer und im Wesentlichen auch Rogers zeitlebens an ihrem System festhielten. Erst Gendlin gelangte, so gesehen, zu einem qualitativ neuen theoretischen Verständnis menschlicher Wirklichkeit.

Literatur

- Abendroth, W. (1967/1982). *Schopenhauer*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Beck, H. (1991). *Buber und Rogers. Das Dialogische und das Gespräch*. Heidelberg: Asanger.
- Buber, M. (1923/1984). Ich und Du. In M. Buber, *Das Dialogische Prinzip* (S. 7–121). Heidelberg: Verlag Lambert Schneider.
- Crisp, R. (2018). Rogers and Goldstein redux: the actualizing person responding to trauma and loss. *Person-centered & Experiential Psychotherapies*, 17, 70–85.
- Dilthey, W. (1910/1965). *Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften*. Ges. Schr. VII (S. 79–188). Stuttgart: Teubner Verlagsgesellschaft.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). Der Wille in der Gesprächspsychotherapie. In H. G. Petzold & J. Sieper (Hrsg.), *Der Wille in der Psychotherapie. Band 1: Tiefenpsychologische und humanistische Verfahren*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Galliker, M. & Klein, M. (2018). Auf der Suche nach der verlorenen Zukunft – Ist Rogers' Gesprächspsychotherapie antiquiert oder die Therapieforchung ihr inadäquat? *PERSON*, 22 (1), 55–64.
- Gay, P. (1987/1989). *Freud. Eine Biografie für unsere Zeit*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Gendlin, E. T. (1978/1981). *Focusing*. Salzburg: Otto Müller.
- Gendlin, E. T. (1986/1998). *Dein Körper – Dein Traumdeuter*. Salzburg: Otto Müller.
- Gendlin, E. T. (1997/2016). *Ein Prozess-Modell*. Freiburg i. Br.: Karl Alber.
- Goldstein, K. (1939/1995). *The organism*. New York: Zone Books.
- Kant, I. (1781/2003). *Kritik der reinen Vernunft*. Stuttgart: Reclam.
- Klein, M., le Coutre, Ch. & Galliker, M. (2018). Aktualisierungstendenz oder Interaktion zuerst? Zur Kontroverse dialogisches versus monologisches Selbst. *PERSON*, 22 (1), 47–54.
- Korbei, L. (2017). Focusing in der Beziehung. Ein Vermächtnis Eugene T. Gendlin's. *PERSON*, 21 (2), 95–97.
- Kriz, J. & Stumm, G. (2003). Aktualisierungstendenz. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S.18–21). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Kriz, J. & Stumm, G. (Hrsg.) (2010). *Die Aktualisierungstendenz im Brennpunkt*. *PERSON*, 14 (2), 135–150.
- Lukits, G. (2016). Empathie und Empirie: Rogers' Verstehenszugänge und ihre Voraussetzungen in der Erkenntnistheorie Schopenhauers. Ein philosophischer Anstoß. *PERSON*, 20 (1), 63–71.
- Rodi, F. (2016). *Diltheys Philosophie des Lebenszusammenhangs. Strukturtheorie – Hermeneutik – Anthropologie*. Freiburg/München: Karl Alber.
- Rogers, C. R. (1942a/1985). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. ersch. 1942: *Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1951a/1983). *Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. ersch. 1951: *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1959a/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung*. München: Reinhardt. (Orig. ersch. 1959: *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (ed.), *Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of the person and the social context*. S.184–256. New York: McGraw Hill.)
- Rogers, C. R. (1961a/2006). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1961: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1977b/1988). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Schopenhauer, A. (1813/2016). *Über die vierfache Wurzel des Satzes vom zureichenden Grunde*. Berlin: Hoffenberg.
- Schopenhauer, A. (1819/1987). *Die Welt als Wille und Vorstellung*. Band I. Stuttgart: Reclam.
- Schopenhauer, A. (1844/2005). *Die Welt als Wille und Vorstellung*. Band II. Stuttgart: Reclam.
- Wenck, M. (2008). *Heilung durch Begegnung? Martin Buber und Carl Rogers im Dialog*. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Wiltschko, J. (Hrsg.) (2008). *Focusing und Philosophie. Eugene T. Gendlin über die Praxis körperbezogenen Philosophierens*. Wien: Facultas.
- Wiltschko, J. (2009). Focusing. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S.117–120). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Die Therapie der Ichgrenzenstörung unter besonderer Beachtung struktureller Empathie

David Oberreiter

Linz

Ichgrenzenstörungen sind in der Bedeutung, die sie für die Betroffenen entwickeln, von Therapeutinnen und Therapeuten oft schwer nachzuvollziehende Phänomene. Psychologische und philosophische Konzepte über innere Strukturen können helfen, sich einem Verständnis der Störung anzunähern. Ichgrenzenstörungen zeigen sich als fundamentale Störungen der Ichstruktur. Ein Schlüssel zum Verständnis der Störung liegt im empathischen Verstehen der strukturellen Problematik.

Schlüsselwörter: Ichgrenze, Psychose, strukturelle Empathie, Sorge

The therapy of ego boundary disorder in regard to structural empathy. The significance that ego boundary disorders takes on for those affected constitutes a phenomenon that is often difficult for psychotherapists to fully understand. Psychological and philosophical concepts regarding inner structures can be of some assistance in approaching an understanding of such disorders. Ego boundary disorders manifest as a fundamental disorder of ego structure. A key to understanding the disorder lies in the empathic understanding of the structural problem.

Keywords: Ego boundary, psychosis, structural empathy, concern

Empathie bei psychotischer Symptomatik

Die Nachvollziehbarkeit des psychischen Erlebens von Menschen, die unter psychotischer Symptomatik leiden, entzieht sich manchmal den empathischen Möglichkeiten von Therapeuten. Die fremd anmutende Andersartigkeit des Erlebens kann selbst von sehr psychiatriee erfahrenen Personen oft nur schwer in ihrer ganzen Tragweite und Bedeutung für die Betroffenen nachvollzogen werden.

Die von den Betroffenen angegebenen Phänomene sind nicht nacherlebbar, weshalb Kurt Schneider zu Recht bezweifelt, dass man die geschilderten Erlebnisse „überhaupt mit dem vergleichen kann, was wir uns bei den Schilderungen normalpsychologisch denken. Solche [...] Erlebnisse sind stets nur mit einer Art ‚negativer Psychologie‘ beschreibbar, also eigentlich nicht“ (Schneider, 1950, S. 130).¹

Besonders das Phänomen der Ichgrenzenstörungen entzieht sich durch seine Andersartigkeit dem Vergleich mit nachvollziehbaren Erfahrungen.

Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung und Darstellung der Symptomatik soll in diesem Artikel der Versuch unternommen werden, sich durch psychologische und philosophische Denkmodelle dem Verständnis dieser Störungen soweit anzunähern, dass sich die Problematik in einer Weise offenbart, die Implikationen für ein förderliches psychotherapeutisches Begegnen ermöglicht.

Die Geschichte der Ichgrenzenstörung

Der Begriff „Ichgrenzen“ wurde als Neologismus durch den österreichischen Psychiater Victor Tausk eingeführt. In der „Internationalen Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse“ (erschienen kurz nach seinem Suizid) beschreibt Tausk 1919 ein Symptom, das er „Verlust der Ichgrenzen“ nennt: „Der Kranke hat das Bewußtsein verloren, ein psychisches Sonderwesen, ein Ich mit eigenen Grenzen zu sein“ (Tausk, 1919, S. 14). In dieser namensgebenden Beschreibung klingt bereits an,² dass

David Oberreiter, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeut, Vorstand des Instituts für Psychotherapie des Kepler Universitätsklinikums.

Kontakt: Kepler Universitätsklinikum, Institut für Psychotherapie, 4020 Linz, Wagner-Jauregg-Weg 15, david@oberreiter.net

- 1 In Analogie zur negativen Theologie, in der auf menschlichen Vorstellungen basierende Aussagen über Gottes absolute Transzendenz stets als ungenügend angesehen werden müssen und deshalb zu vermeiden seien, ist ein mögliches Einfühlen in psychisch so störungsbedingt entfremdete Gefühle stets als unzureichend aufzufassen.
- 2 Emil Kraepelin und Eugen Bleuler hatten zuvor Symptome von Ichgrenzenstörungen beschrieben, die sie jedoch anders benennen und

Ichgrenzenstörungen nicht nur als isolierte Symptome zu verstehen sind, sondern auf grundlegendere Störungen des Ichs verweisen. Leider folgten auf diese frühen Annäherungen an das Phänomen keine entscheidenden Entwicklungen eines umfassenderen psychotherapeutischen Konzepts zu Verständnis und Therapie dieser Problematik.

Ein Grund für die Vernachlässigung des Themas könnte darin liegen, dass das Phänomen der Ichgrenzenstörung nicht im hauptsächlichen Fokus von Sigmund Freud lag, der die damalige psychotherapeutische Entwicklung dominierte. In „Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia“ geht Sigmund Freud in keiner Weise auf die Ichgrenzenstörungen ein, die Daniel Paul Schreber deutlich beschreibt (vgl. Schreber, 1903). Das Phänomen der Ichgrenzenstörung war zu diesem Zeitpunkt zwar beschrieben doch noch nicht benannt, es scheint aber auch nicht im besonderen Interesse Freuds gelegen zu haben. Trotz deutlicher Beschreibung der Ich-Grenzen-Symptomatik widmet Freud seine Aufmerksamkeit den Äußerungen des sekundären Erklärungswahns und deutet sie in Hinblick auf Sexualität und Vaterkomplex (vgl. Freud, 1911b).³ Freud bemerkt dazu: „Ich bin für die Eintönigkeit der psychoanalytischen Lösungen nicht verantwortlich“ (Freud, 1911b, S. 48–49).

Der Einfluss von Freuds Sichtweisen auf Psychotherapie und Psychiatrie ist nicht zu leugnen. Vor allem die Psychiatrie der Vereinigten Staaten von Amerika war in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in starkem Ausmaß von psychoanalytischen Einflüssen geprägt.

Der europäische Kontinent hatte einen weitgehenden Verlust an wissenschaftlich tätigen Psychoanalytikern zu beklagen (vgl. Schott, Tölle, 2005, S. 187). Dieses Defizit führte in der Psychiatrie zu einer Besinnung auf die (teilweise vor Entwicklung der Psychoanalyse liegende) reiche Tradition an psychopathologischem Wissen, ohne durch die „Eintönigkeit der psychoanalytischen Lösungen“ eingeschränkt zu sein.⁴ Die daraus folgende differenzierte Sichtweise fließt in das Diagnostische Manual der Weltgesundheitsorganisation (ICD) ein und führt neben anderen Gründen zu Unterschieden zum diagnostischen Manual der American Psychiatric Association (DSM).

Während in beiden Manualen die Einteilung der Krankheitsbilder weitgehend vergleichbar ist, zeigen sich Unterschiede vor allem in der Beurteilung verschiedener Symptome. Besonders

zuordnen (Kraepelin, 1883, S. 299; 1904, S. 186–187; Bleuler, 1916, S. 292, 294).

3 Ichgrenzenstörungen der Gedanken finden sich bei Daniel Paul Schreber vor allem ab S. 47; körperliche Ichgrenzenstörungen ab S. 148; Ichgrenzenstörungen der Gefühle ab S. 171; Ichgrenzenstörungen des Tuns ab S. 156.

4 Vgl. Griesinger, 1845; Krafft-Ebing, 1883; Kraepelin, 1883; Jaspers, 1913; Bleuler, 1916; Schneider, 1950.

deutlich ist dies sichtbar am Beispiel der Ichgrenzenstörungen, denen im ICD-10 eine große Bedeutung zukommt⁵ – die im DSM-5 jedoch keine Erwähnung finden. Psychopathologisch ordnet der DSM-5 die Symptomatik dem (bizarren) Wahn zu.⁶ Diese Zuordnung ist jedoch unpräzise, da mit *Wahn* eine unverrückbare gedankliche *Überzeugung* beschrieben würde, *Ichgrenzenstörung* jedoch das unmittelbare *Erleben* der Grenzverletzung bedeutet.

Nosologische Zuordnung

Von den meisten Autoren werden die Symptome der Ichgrenzenstörung den Ich-Störungen zugerechnet. Ich-Störungen umfassen neben Derealisation, Depersonalisation auch Symptome, bei denen „die Grenze zwischen dem Ich und der Umwelt durchlässig erscheint“ (Möller, 2015, S. 67).⁷ Der vorliegende Artikel befasst sich mit jenen Symptomen der durchlässigen Grenze zwischen Umwelt und Ich.

Bedauerlicherweise findet im Manual der „Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie“ der traditionelle Begriff *Ichgrenzenstörung* keine Erwähnung. Durch das vielleicht zu ambitionierte Bestreben der Arbeitsgruppe eine ausreichend hohe Interbeobachterreliabilität zu gewährleisten, musste „eine große Zahl von Symptomen der traditionellen Psychopathologie den Standardisierungsbemühungen geopfert werden“ (Möller, 2011, S. 436).⁸

Symptomatik

Die Symptomatik der Ichgrenzenstörung

Nicht die subjektive Gewissheit beeinflusst zu werden ist das Wesen der Störung, sondern die unmittelbare Empfindung des Geschehens. Ichgrenzenstörungen sind von wahnhaften Gedanken zu unterscheiden. So beschreibt Karl Landauer eine Form der Ichgrenzenstörung, den Gedankenentzug,⁹

5 Vor allem in der Symptombeschreibung der Schizophrenie werden unter den „wichtigsten psychopathologischen“ Phänomenen Ichgrenzenstörungen beschrieben (Vgl. ICD-10 F20.0).

6 Vgl. American Psychiatric Association, 2013, S. 87.

7 Hans-Jürgen Möller definiert Ich-Störungen als „Störungen, bei denen sich die Ichhaftigkeit des Erlebens verändert (Derealisation, Depersonalisation) oder die Grenze zwischen dem Ich und der Umwelt durchlässig erscheint“ (Möller, 2015, S. 67).

8 Anderen Autoren greifen explizit die Grenzen des Ich und deren Störungen auf (vgl. z. B. Kröber, 2008; Hoff & Sass, 2010; Kröber & Lau, 2010; Wendt, 2010; Saß & Hoff, 2011; Möller, 2015).

9 Eugen Bleuler berichtet über die Entstehung des Begriffes: „Den besten Ausdruck hat Jung von einer Patientin gehört: er bezeichnet das Phänomen von der subjektiven Seite als ‚Gedankenentzug‘. Das Wort ist so treffend, daß es von vielen Schizophrenen sofort verstanden wird“ (Bleuler, 1911, S. 27).

folgendermaßen: „Auch der Gedankenentzug ist nicht etwa plötzliches Vergessen, wie wenn einem ‚ein Name auf der Zunge liegt‘, sondern ein Gefühl des Erleidens der Gedankenwegnahme“ (Landauer, 1926, S. 389).¹⁰

Die Betroffenen empfinden, dass ihre Gedanken entzogen werden, sich ausbreiten oder eingegeben werden. Im Empfinden, andere wüssten ihre Gedanken sind häufig Gefühle des Beschämtseins die Folge.

Ebenso können Gefühle als ausbreitend, als entzogen, als eingegeben erlebt werden. Es ist möglich Gefühle anderer Menschen durch Mitfühlen nachzuempfinden oder durch Einfühlung daran teil zu haben (vgl. Stein, 1917, S. 18). Unterschiedliche Menschen empfinden jedoch nicht das idente Gefühl im Sinn einer numerischen Einheit. – Selbst wenn es gleich benannt wird, so ist die Ausformung des Gefühls individuell unterschiedlich. Bei dem Phänomen der Ichgrenzenstörung der Gefühle entsteht in den Betroffenen jedoch die Empfindung, ihre Gefühle seien in numerischer Identität mit anderen geteilt.

Eigene Absichten und Körperbewegungen können ebenfalls im Empfinden Betroffener als von Anderen oder von dunklen oder höheren Mächten beeinflusst erlebt werden. Die Steuerung von Körperfunktionen wie die Kontinenz von Harn und Stuhl können als der eigenen Kontrolle entzogen empfunden werden (vgl. Deutsch, 1919, S. 42–43).

Die Empfindung einer Störung körperlicher Ichgrenzen beschreibt Daniel Paul Schreber in seiner autobiographischen Darstellung seiner Krankheit eindrücklich: „Man versuchte mir die Nerven aus dem Kopfe herauszuziehen, eine Zeitlang sogar (während der Nächte) in den Kopf des im Nebenzimmer schlafenden M. zu verpflanzen. Diese Versuche hatten (abgesehen von der Sorge um den wirklichen Verlust meiner Nerven) eine unangenehm spannende Empfindung in meinem Kopfe zur Folge“ (Schreber, 1903, S. 155).

Sekundärer Erklärungswahn

Im Versuch eine Ursache für die plötzliche, irritierende Veränderung zu finden, kann sekundärer Erklärungswahn entstehen.¹¹ Exemplarisch zeigt sich dies im folgenden Zitat aus

10 Der 1887 in München geborene Karl Landauer absolviert nach der Ausbildung zum Facharzt für Nervenheilkunde bei Emil Kraepelin an der Münchner Universitätsklinik eine analytische Ausbildung bei Sigmund Freud und praktiziert bei Julius Wagner-Jauregg an der Psychiatrischen Klinik in Wien. Er stirbt 1945 im KZ Bergen-Belsen.

11 Die Weltgesundheitsorganisation sieht im ICD-10 wahnhaftes Geschehen, das in Verbindung mit Ichgrenzenstörungen auftritt, als Erklärungswahn, „mit dem Inhalt, daß natürliche oder übernatürliche Kräfte tätig sind, welche die Gedanken und Handlungen des betreffenden Individuums in oft bizarrer Weise beeinflussen“ (Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, 1991, S. 95; 2015, S. 128). Hier ist in differenzierter Weise die Symptomatik der Störung des Ich-Erlebens als

der autobiographischen Schilderung von Daniel Paul Schreber: „Sehr häufig hatte ich – und dies ist auch jetzt noch in periodischer Wiederkehr alltäglich der Fall – die Empfindung, daß meine ganze Schädeldecke vorübergehend dünner geworden war, der Vorgang besteht nach meiner Auffassung darin, daß das Knochenmaterial meiner Schädeldecke durch die zerstörende Wirkung der Strahlen vorübergehend zum Theil pulverisirt, dann aber von reinen Strahlen, namentlich im Schläfe der Schädeldecke wieder angefügt wird. Daß durch alle diese Vorgänge sehr unangenehme Empfindungen entstehen müssen, wird man sich vorstellen können“ (Schreber, 1903, S. 155). Hier wird im ersten Teil des ersten Satzes die Empfindung der Ichgrenzenstörung beschrieben und im zweiten Satzteil die daraus erfolgende wahnhafte Verarbeitung der Empfindung. Im Folgesatz wird der Leidensdruck formuliert.

Es werden möglicherweise bestimmte Mitmenschen, Organisationen, Außerirdische, höhere Mächte oder technische Einrichtungen für das Entstehen der Empfindung verantwortlich gemacht. So beschreibt Victor Tausk 1919 beispielsweise einen „schizophrenen Beeinflussungsapparat“, den er an Patienten beobachtet hatte. „Er macht und entzieht Gedanken und Gefühle. Das geschieht mittels Wellen oder Strahlen oder aber mittels geheimer Kräfte, für die der Kranke mit seinen Kenntnissen aus der Physik keine Grundlage finden kann. In solchen Fällen wird der Apparat oft auch ‚Suggestionsapparat‘ genannt. Seine Konstruktion ist unerklärlich, aber seine Funktion ist die Übertragung oder Entziehung von Gedanken und Gefühlen durch den oder die Verfolger“ (Tausk, 1919, S. 2).¹²

Abwehrverhalten und Resignation

Die Möglichkeit für sich selbst in der Weise zu sorgen, dass bestimmte sozial möglicherweise nicht anerkannte Gedanken oder Gefühle nicht geäußert werden ist durch Phänomene wie Gedankenausbreitung, Gedankenlautwerden und Gefühlsausbreitung außer Kraft gesetzt. Die Betroffenen erleben sich bloßgestellt und unfähig in den sehr persönlichkeitsnahen Bereichen des Denkens, Fühlens und des Körpers nicht mehr in adäquater Weise für sich sorgen zu können. Dies kann zu Abwehrverhalten führen. „[...] zur Abwehr der geheimnisvollen ‚Beeinflussungen‘ werden zauberähnliche Gegenmaßnahmen getroffen“ (Bleuler, 1916, S. 293). Je nach der Ausprägung des Erklärungswahns könnten sich Betroffene mit Filzschreiber magisch-abwehrende Zeichen auf die Haut malen, die

eigenständiges Symptom im Unterschied zur wahnhaften Verarbeitung im Erklärungswahn unterschieden.

12 Technische Wahninhalte beziehen sich auf jeweilige technische Möglichkeiten der Epoche. Mit Verbreitung von Computern nahmen Wahninhalte, die Computerchips betrafen zu (vgl. De Hert, Magiels, & Thys, 2000).

Wohnungswände mit Zitronensaft einreiben oder andere für die Mitmenschen eigenartig wirkende Maßnahmen setzen. So irritierend diese Abwehrversuche erscheinen, sind sie doch als Wunsch zu verstehen, eine Schutzbarriere gegen fremde Einflüsse zu errichten und so für das eigene Wohl im Äußeren zu sorgen, was im Inneren nicht mehr möglich erscheint.

Die Abwehrstrategien müssen jedoch scheitern. Die Betroffenen haben weiterhin die Erlebnisse der Ichgrenzenstörungen. Sie sind weiterhin belastet und fühlen sich ausgeliefert. Es kann eine Resignation entstehen, in der sich die Betroffenen in das scheinbar unvermeidliche Schicksal fügen, die Kontrolle über ihre Grenzen verloren zu haben. Die von der Ichgrenzenstörung betroffenen Teile der inneren Strukturen werden nicht mehr wahrgenommen als Teile, die die Betroffenen beeinflussen können. Sie erleben diese Bereiche als fremdkontrollierte Strukturen, um die sie sich selbst weder kümmern noch sorgen können und brauchen. Sie fühlen sich der Verantwortung gegenüber jenen Inhalten enthoben, die sie als fremd eingegeben oder beeinflusst erleben.

Dimension der Bedeutung

Tiefere Bedeutung von Ich-Strukturen

Um die ganze Tragweite des Erlebnisses von Ichgrenzenstörungen zu erfassen, sind kurze Überlegungen zur Bedeutung von Ich-Strukturen hilfreich. In den Traditionen verschiedener Theoriebildungen werden „Ich“ oder „Selbst“ in unterschiedlicher Weise definiert und beschrieben. Es soll hier weder auf die konkreten Details eingegangen werden noch soll ein umfassender Überblick über verschiedene theoretische Konstrukte dargestellt werden, sondern in sehr pragmatischer Hinsicht mögen nur jene Überlegungen Raum finden, die unmittelbar helfen, das Phänomen der Ichgrenzenstörungen zu verstehen und förderliche Impulse für mögliche Behandlungsansätze zu geben. Diese Überlegungen mögen einzig dazu dienen das ganz grundsätzlich Unverständliche dem Verstehen etwas zugänglicher zu gestalten (vgl. Schneider 1950, S. 130).

Die Fähigkeit zur Wandlung

Theorien, die versuchen, innere Strukturen des Menschen zu beschreiben, sehen diese oft als wandlungs- und entwicklungs-fähig an. So schreibt beispielsweise Immanuel Kant: „Das Bewusstseyn seiner selbst, nach den Bestimmungen unseres Zustandes, bey der innern Wahrnehmung ist blos empirisch, iederzeit wandelbar, es kan kein stehendes oder bleibendes Selbst in diesem Flusse innrer Erscheinungen geben, und wird gewöhnlich der innre Sinn genant, oder die empirische Apperception“ (Kant, 1781, S. 107).

Auch Carl Rogers sieht die Wandelbarkeit innerer Strukturen, wenn er das Selbst beschreibt als „eine fließende, eine wechselnde Gestalt, um einen Prozess, der zu jedem beliebigen Zeitpunkt eine spezifische Wesenheit ist“ (Rogers 1959a/2009, S. 31).¹³ Die prinzipielle Wandelbarkeit innerer Strukturen ist notwendige Voraussetzung für mögliche Weiterentwicklung. Um sich den verändernden Bedingungen der Umwelt anzupassen, den unterschiedlichen Anforderungen verschiedener Lebensphasen und um sich selbst weiter zu entwickeln ist die Flexibilität innerer Strukturen erforderlich. Auf biologischer Ebene versuchen Konzepte der Neuroplastizität die Veränderbarkeit neuronaler Strukturen zu beschreiben.

Der Aspekt der Beständigkeit

Neben veränderbaren Strukturen sieht Rogers jedoch auch die Notwendigkeit von beständigen Anteilen der inneren Struktur. Dies drückt sich beispielsweise in seiner Beschreibung des „Abwehrverhaltens“ auf Bedrohung des Organismus aus, bei dem das Ziel verfolgt wird: „die gegenwärtige Struktur aufrecht zu erhalten“ (Rogers, 1959a/2009, S. 36).¹⁴ In bedrohlichen oder krisenhaften Situationen ist es manchmal kurzfristig förderlich, die Stabilität des Organismus im Außen und Innen zu bewahren (vgl. Gutberlet, 1985). Hier wird das Konzept einer bleibenden inneren Struktur beschrieben, die im Abwehrprozess in ihrer Beständigkeit bewahrt werden soll.

Die gleichbleibende Kontinuität der Person

Durch die Stabilität von inneren Strukturen ist es der Person möglich, sich als beständiges Wesen zu erleben. So sieht Paul Federn zum Ich gehörig ein Selbsterlebnis, das „eine bleibende, wenn auch nie gleichbleibende Einheit, die nicht abstrakt, sondern wirklich ist. Diese Einheit bezieht sich auf die Kontinuität der Person in zeitlicher, räumlicher und kausaler Hinsicht, diese Einheit ist objektiv erkennbar und wird stets subjektiv wahrgenommen und gefühlt“ (Federn, 1932, S. 145–146).¹⁵ Søren Kierkegaard beschreibt als gleichbleibende Kontinuität im Selbst nicht eine Struktur, sondern den Prozess und die Tatsache des zu sich selbst Verhaltens. „Das Selbst ist ein Verhältnis, das sich zu sich selbst verhält, oder ist das im Verhältnis, daß sich das Verhältnis zu sich selbst verhält; das Selbst ist nicht das Verhältnis, sondern daß sich das Verhältnis zu sich

13 „It is a fluid and changing gestalt, a process, but at any given moment it is a specific entity“ (Rogers, 1959a, S. 200).

14 „Defense is the behavioral response of the organism to threat, the goal of which is the maintenance of the current structure of the self“ (Rogers, 1959a, S. 204).

15 Vgl. S. 61 im posthum, nach Federns Suizid erschienen Sammelband *Ego Psychology and the Psychoses* (Federn, 1952; 1956, S. 59).

selbst verhält“ (Kierkegaard, 1911, S. 10).¹⁶ Diese Tatsache hat Stabilität. Dabei wird als stabile innere Struktur nicht ein morphologisches Substrat gesehen, sondern ein Prozess des Zusichverhaltens. Der Prozess des Zusichverhaltens hat Beständigkeit.

Die Art des Zusichverhaltens

Edmund Husserl versucht das Beständige genauer zu differenzieren und betont den „bleibenden Habitus als verharrendes Ich“ (Husserl, 1950, S. 101) als das Beständige einer bestimmten Art des inneren Verhaltens. „Indem aus eigener aktiver Genesis das Ich sich als identisches Substrat bleibender Ich-Eigenheiten konstituiert, konstituiert es sich in weiterer Folge auch als *stehendes und bleibendes* personales Ich (ebd.).¹⁷ Auch wenn sich Meinungen und Überzeugungen ändern können, so bewahrt das Ich „einen bleibenden Stil, einen *personalen Charakter*“ (ebd.) – auch in der Art und Weise wie sich Überzeugungen verändern.

Der von Husserl beschriebene bleibende Stil, der personale Charakter, geht den unter Ichgrenzenstörungen Leidenden verloren. In der Symptomatik der Ichgrenzenstörung entsteht die Erfahrung, dass die bisher gewohnte Weise die Umwelt durch die vertrauten Sinne wahrzunehmen verändert ist. Plötzlich erleiden die Betroffenen Wahrnehmungen nicht durch Hören, Sehen etc. – sondern scheinbar fremde, von außen kommende Gedanken sind ohne Vermittlung der Sinne präsent. Zuvor war ihnen vertraut eigene Gedanken durch Sprache mitzuteilen, nun geschieht scheinbar unvermittelt Gedankenübertragung. Die Betroffenen erleben manche Abläufe in sich grundlegend verändert. Manche Bereiche ihres Seins, auf die sie zuvor ohne große Schwierigkeiten Einfluss hatten, die sie nach ihrem Belieben in ihrem gewohnten Stil nutzen konnte, sind nun ihrem Einfluss entzogen. Sie erleben, dass in diesen Bereichen etwas ohne ihren Willen oder gar gegen ihren Willen geschieht. Sie erleben diese Bereiche (zum Beispiel das Auftreten von Gedanken) nicht mehr als zu sich gehörig, sondern eingegeben und fremd. Diese Bereiche haben den zuvor gewohnten Stil, den eigenen personalen Charakter verloren.

Das kann nicht als unbedeutende Störung aufgefasst werden, sondern wird als ganz grundlegender Eingriff in das innerste Bewusstsein empfunden. Das Ich ist in seiner Einheit und Funktion gefährdet. Erlebt man Gefühle oder Gedanken in sich, die nicht dem eigenen gewohnten Stil, nicht dem eigenen

personalen Charakter entsprechen, ist es kaum möglich, diese Gefühle oder Gedanken sich selbst zuzuordnen. Das Erleben in diesen Bereichen und das Ich-Erleben insgesamt sind gestört. Max Scheler meint dazu, dass „im letzten Grunde alle Erlebnisse, alle Motive unvollständige und nur abstrakte Einheiten sind, sofern ich nicht weiß und sehe, wessen Erlebnisse, welches individuellen Ichs Erlebnisse sie sind“ (Scheler, 1955, S. 291). Von Ichgrenzenstörungen Betroffene erleben sich nicht mehr als jene Einheit, die sie zuvor waren.

Ichgrenzenstörungen sind somit nicht nur als Störungen einer sonst intakten Grundstruktur anzusehen, sondern als ganz grundlegende Störung der Struktur an sich. Sie sind eine Störung sich als diese Struktur zu erleben.

Umsichsorgen als Funktion innerer Strukturen

Martin Heidegger ergänzt die Betrachtungen über das sich als stabile Identität Erfahren um eine Funktion und Zielsetzung des Seinsprozesses: „Das Sein des Daseins besagt: Sich-vorweg-schon-sein-in-(der-Welt-) als Sein-bei (innerweltlich begegnendem Seienden). Dieses Sein erfüllt die Bedeutung des Titels Sorge, der rein ontologisch-existential gebraucht wird“ (Heidegger, 1929, S. 192). Das Sorgen um sich und um die Zukunft ist ein wesentlicher Teil menschlichen Daseins. Heidegger sieht die Sorge im großen existenzialen Kontext, im Angesicht des Todes, im Sein zum Ende. „Die Sorge liegt als ursprüngliche Struktur ganzheit existenzial-apriorisch ‚vor‘ jeder, d. h. immer schon in jeder faktischen ‚Verhaltung‘ und ‚Lage‘ des Daseins“ (ebd., S. 193).

Betrachtet man das Sorgen jedoch nicht nur im großen theoretischen, existenzialen Wurf Heideggers sondern in den vielen kleinen Situationen, die den Kontakt mit Mitmenschen und das Leben ausmachen, so offenbart sich dessen umfassende Bedeutung für das Individuum.¹⁸ Durch möglichst adäquate Reaktionen auf die Umwelt versuchen Menschen üblicherweise Beeinträchtigungen und Schaden abzuwenden, und für die unmittelbaren Bedürfnisse zu sorgen.¹⁹ Im Kontakt

18 Ludwig Binswanger versteht die existentielle Sorge vor allem im Beziehungsgeschehen als zu kurz gegriffen. „Gegenüber dem Sich-vorweg-schon-sein in der Welt als Sein bei *innerweltlich* Seiendem, dem In-der-Welt-sein als Sorge, stellt sich das Problem des liebenden Miteinanderseins schon rein formal als *Einander-vorweg-schon-sein* in der Welt des Einander als Sein *miteinander*“ (Binswanger, 1942, S. 70–71). Und: „Das Sichvorweg enthüllt sich als *Sein zum Ende*. Ein solches Ende ‚kennt‘ das liebende Miteinandersein als solches, wie wir wissen, nicht, besser gesagt, es ‚rechnet‘ nicht mit dem Tod in dem Sinne, daß es sich auf ihn in vorlaufender Entschlossenheit entwirft“ (ebd., S. 93).

19 Edith Stein sieht das Individuum als freie Person, es ist „der Gemeinschaft nicht mehr einfach ausgeliefert, sondern kann sich ihr hingeben oder sich gegen sie verschließen und diese oder jene Rolle in ihr übernehmen oder ihre Annahme ablehnen“ (Stein, 2001, S. 24–25).

16 „Selvet er et Forhold, der forholder sig til sig selv, eller er det i Forholdet, at Forholdet forholder sig til sig selv; Selvet er ikke Forholdet, men at Forholdet forholder sig til sig selv“ (Kierkegaard, 1849, S. 7). Dieser Satz fehlt in der deutschen Übersetzung von Albert Bärthold von 1881 (Kierkegaard, 1881).

17 Edith Stein betont ebenfalls den persönlichen Habitus (Stein, 1931, S. 7; 1998, S. 110).

mit Mitmenschen sucht das Individuum meist eine der jeweiligen Situation angepasste Ausdrucksmöglichkeit zu wählen: durch Wortwahl, Benennen bestimmter und Weglassen anderer Inhalte, durch Lautstärke verbaler Äußerungen, geeigneten Zeitpunkt der Mitteilung, Einbeziehung nonverbaler Kommunikationsebenen etc. trägt das Individuum Sorge dafür, dass seine Äußerungen möglichst passend angenommen werden können und möglichst kein Nachteil daraus erwächst. Dies gelingt Menschen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen unterschiedlich gut und entspricht jedenfalls dem eigenen gewohnten Stil, dem eigenen personalen Charakter.

Im Kontakt mit der Umwelt und mit anderen Menschen ist so ein sehr grundlegender Teil, des ganz konkret für sich Sorgens, die selbstverständlich anmutende Erfahrung, dass es eigene Gedanken, Überlegungen, Strategien, Worte sind, mit denen wir auf die Erfordernisse des Alltags reagieren. Unter Ichgrenzenstörungen Leidende erleben sich in den betroffenen Bereichen ihrer inneren Struktur, im Denken oder Fühlen als unfähig ausschließlich selbstkontrolliert auf die Anforderungen der Umgebung in passender Weise zu reagieren. Dadurch vermögen die Betroffenen nicht mehr hinreichend im Kontakt mit der Umwelt für sich zu sorgen.

Auch Sigmund Freud beschreibt das Umsichsorgen als wesentliche Aufgabe innerer Strukturen: Das Real-Ich müsse „nach Nutzen streben und sich gegen Schaden sichern. In Wirklichkeit bedeutet die Ersetzung des Lustprinzips durch das Realitätsprinzip keine Absetzung des Lustprinzips, sondern nur eine Sicherung desselben. Eine momentane, in ihren Folgen unsichere Lust wird aufgegeben, aber nur darum, um auf dem neuen Wege eine später kommende, gesicherte zu gewinnen“ (Freud, 1911a, S. 5–6).²⁰ Freud versteht hier die Sorge weniger im existenzialen Kontext sondern vielmehr in vielen kleinen Begebenheiten und Entscheidungen zum Lustgewinn.

Gotthold Ephraim Lessing sieht 1780 die tieferen Beweggründe des (umsichsorgenden) Handelns nicht in der Belohnung (z. B. des Lustprinzips) sondern bemerkt, dass der Mensch „das Gute thun wird, weil es das Gute ist, nicht weil willkürliche Belohnungen darauf gesetzt sind“ (Lessing, 1780, S. 80). Diese Position ist derjenigen von Carl Rogers nicht zu fern. Die Aktualisierungstendenz könnte man bei Rogers als jene innere Instanz des Umsichsorgens identifizieren. Die Aktualisierungstendenz ist „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“

20 „Wie das Lust-Ich nichts anderes kann als wünschen, nach Lustgewinn arbeiten und der Unlust ausweichen, so braucht das Real-Ich nichts anderes zu tun als nach Nutzen streben und sich gegen Schaden sichern“ (Freud, 1911a, S. 5).

(Rogers 1959a/2009, S. 26).²¹ Hier darf das Umsichsorgen nicht nur als Streben nach Nutzen und Abwehr von Schaden verstanden werden und nicht nur als Mittel zur Lustbefriedigung sondern darüber hinaus als Wachstum hin zu Kreativem, Sozialem etc. (ebd., S. 27).

Umsichsorgen im über die Person hinausweisenden Kontext

Die dem Menschen innewohnende Tendenz des Sichsorgens weist über ihn hinaus als Sorge für sich und seine Umwelt. Die formative Tendenz, die Rogers einbringt als „evolutionäre Tendenz hin zu größerer Ordnung, größerer Komplexität und stärkerer Wechselbeziehung“ (Rogers, 1980a/1981, S. 83),²² sieht Jeffrey Cornelius-White als dialektische Erweiterung der Aktualisierungstendenz, die mehr als die Aktualisierung des Individuums eine Vertiefung der Basis des personenzentrierten Ansatzes darstellt (Cornelius-White, 2007, S. 234). Das Umsichsorgen wird so in einen größeren über das Individuum hinausreichenden Kontext gesehen – auch in einer ökologischen und politischen Dimension.

In dieser Hinsicht ist auch Keith Tudors Verweis auf die Reproduktion zu verstehen. Neben anderen Aspekten beschreibt Rogers, dass die Aktualisierungstendenz die Tendenz der „Ausweitung und Verbesserung durch Reproduktion“ beinhalte (Rogers 1959a/2009, S. 26).²³ Tudor interpretiert das als Trend, „der über individuelle und individualistische Ziele hinausgeht und einen Zugehörigkeitssinn sowie den Wunsch, zur Menschheit etwas beizutragen, zum Ausdruck bringt“ (Tudor, 2010, S. 15). Auf diese Weise ist die Tendenz die dem Umsichsorgen zugrunde liegt auch als Tendenz des Sorgens um die Mitmenschen zu betrachten.

Sorgen als Verantwortung

Rollo May leitet aus dem Verhalten zur Umwelt Verantwortung ab: „Bewusstsein ist die spezifisch menschliche Form des Gewährseins, die spezifisch menschliche Fähigkeit, nicht nur etwas zu wissen, sondern zu wissen, daß man es weiß; das heißt, sich selbst als Subjekt in Beziehung zu einem Objekt

21 „Actualizing tendency. This is the inherent tendency of the organism to develop all its capacities in ways which serve to maintain or enhance the organism“ (Rogers, 1959a, S. 196).

22 Vgl.: „It is hypothesized that there is a formative directional tendency in the universe, which can be traced and observed in stellar space, in crystals, in microorganisms, in organic life, in human beings. This is an evolutionary tendency toward greater order, greater interrelatedness, greater complexity“ (Rogers, 1978b, S. 26).

23 „expansion and enhancement through reproduction“ (Rogers, 1959a, S. 196).

oder als ein Ich zu einem Du zu erleben“ (May, 1984, S. 138).²⁴ Und „Bewußtsein läßt sich in der Erfahrung ausdrücken: ‚Ich bin die Person, die diese Welt hat und in ihr handelt.‘ Daraus folgt Verantwortung, das heißt, ein *Antworten auf die Welt*“ (May, 1984, S. 141).²⁵

Da aus der Sorge die Verantwortung entsteht ist bei einer Störung des Sorgens ein Verlust an Verantwortlichfühlen beobachtbar. Ichgrenzenstörungen führen zu Störungen des Verantwortlichfühlens.

Möglichkeit der Gewährwerdung durch Nichtwahrnehmen von Verantwortung

Im Prozess der Ichgrenzenstörung werden die von den Betroffenen als fremdbeeinflusst erlebten Gefühle, Gedanken oder Impulse nicht zu ihrer Person gehörig erlebt, weshalb keine unmittelbare Verantwortung für diese Gedanken und Impulse spürbar wird. Im klinischen Alltag imponieren Inhalte von Ichgrenzenstörungen meist irritierend stark vom bestehenden Selbstkonzept der Betroffenen abweichend. „Material“, welches deutlich inkonsistent mit dem Selbstkonzept ist, ist „nicht direkt und frei der Gewährwerdung zugänglich“ schreibt Carl Rogers (Rogers 1959a/2009, S. 36).²⁶ Diese Inhalte werden im Phänomen der Ichgrenzenstörung als fremd erlebt. Rogers meint über Bedürfnisse und Erfahrungen, die nicht symbolisiert wurden und im Widerspruch zur Struktur des Selbst stehen: „Das Selbst besitzt keinerlei Kontrolle, und das Verhalten wird nicht als Teil des Selbst betrachtet“ (Rogers, 1951a/1973, S. 439).²⁷

Durch den irritierenden Prozess der Ichgrenzenstörung können Gedanken und Gefühle ins Gewahrsein kommen, ohne von der weitaus ängstigeren Irritation begleitet zu sein, dass es sich um eigene Wünsche, Ängste oder Vorstellungen handelt. Die Betroffenen fühlen sich der Verantwortung für diese Inhalte enthoben. Neben der belastenden Empfindung des Kontrollverlustes sind hier auch entlastende Faktoren für die Betroffenen dadurch denkbar, dass beschämende oder in anderer Weise irritierende Gedanken als fremd und nicht zu ihnen gehörend erlebt werden dürfen. Die Betroffenen müssen sich für die Inhalte nicht verantwortlich fühlen.

Es kann als kreative Leistung des Organismus interpretiert werden, dass dieses vom Selbstkonzept deutlich inkonsistente Material nicht völlig abgewehrt und ausgelöscht ist, sondern in einer verfremdeten Weise der Gewährwerdung zugänglich bleibt – wenngleich als scheinbar einer anderen Person zugehörig. So wird der Konflikt vermieden, dass bestimmte Inhalte dem bestehenden Selbstkonzept widersprechen. Es gelingt dem Individuum auf diese Weise, jene Gedanken und Gefühle wahrzunehmen, die ansonsten vollständig abgewehrt worden wären.

Die Inhalte sind durch das Gewordensein und die Erfahrungen der Betroffenen individuell höchst unterschiedlich, sodass ein weiteres Eingehen auf Inhalte an dieser Stelle wenig sinnvoll ist. Rogers meint auch in Bezug auf Psychotherapie mit Menschen, die unter psychotischen Störungen leiden: „wir haben gelernt, daß das psychotische Material verhältnismäßig unwichtig ist“ (Rogers, 1962c/1984, S. 218).²⁸ So ist es auch hier. Der Weg zu einem förderlichen und heilsamen Umgang mit dem Phänomen der Ichgrenzenstörungen führt nicht hauptsächlich über Inhalte, sondern vielmehr müssen im therapeutischen Prozess zunächst die beschriebenen, ganz grundlegenden strukturellen Störungen Beachtung finden – insbesondere, da das Auftreten von Ichgrenzenstörung einen vom Inhalt wegführenden Prozess darstellt.

Fokusverschiebung vom Inhalt zur Struktur

Das Erleben von Ichgrenzenstörung wird meist als ein derart irritierendes Ereignis erlebt, dass über der Empfindung des innerlichen Ausgeliefertseins die Inhalte anfangs in den Hintergrund treten können. Es darf als ein Umsichsorgen des Organismus verstanden werden, durch das Phänomen der Ichgrenzenstörungen den Aufmerksamkeitsfokus weg von (belastenden, inkonsistent mit dem Selbstkonzept, ängstigenden) Inhalten hin zu dem irritierend veränderten, personalen Charakter des eigenen Stils zu lenken. Das Umsichsorgen in einzelnen Teilbereichen des Fühlens oder Denkens und bezüglich mancher Inhalte ist im Phänomen der Ichgrenzenstörung eingeschränkt – zugunsten eines Umsichsorgens im Prozess der Ichgrenzenstörung an sich. Somit wird die Verantwortung gegenüber belastendem Material vermieden. Auch unter diesem Gesichtspunkt ist das Symptom der Ichgrenzenstörung verstehbar als Abwehrmechanismus, dessen Sinnhaftigkeit es zunächst zu respektieren gilt.²⁹

24 „Consciousness is the distinctly human form of awareness – the particularly human capacity not only to know something but to know that I know it, that is to experience myself as subject in relation to an object or as I in relation to Thou“ (May, 1979, S. 124–125).

25 „Consciousness consists of the experience, ‘I am the one who has this world, and am doing something in it.’ This implies responsibility, ‘responding to’ the world“ (May, 1979, S. 126).

26 „It is an observed phenomenon that material which is significantly inconsistent with the concept of self cannot be directly and freely admitted to awareness“ (Rogers, 1959a, S. 205).

27 „The self is not in control, and the behavior is not regarded as a part of self“ (Rogers, 1951a, S. 509).

28 „[...] we have learned how relatively unimportant is psychotic material“ (Rogers, 1962c, S. 12).

29 Ludwig Teusch betont mit besonderem Blick auf Menschen mit psychotischen Störungen, dass ein Respektieren der Abwehr ein „Kennzeichen des gesprächspsychotherapeutischen Vorgehens“ ist (Teusch, 1994, S. 92).

Strukturelle Empathie

*Empathisches Verstehen der Struktur*³⁰

Das Verständnis von Empathie entwickelte sich bei Carl Rogers von einfachem Zuhören über bewusstes Hören von emotionalen Äußerungen, hin zu einer Beschreibung „den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die ‚als ob‘-Position aufzugeben“ (Rogers 1959a/2009, S. 44). Später beschreibt Rogers Empathie als eine Art des Umgangs mit Mitmenschen (vgl. Rogers, 1975a). In dieser Definition von Empathie wird ein starkes Gewicht auf die Bedeutungen des Erlebnisflusses gelegt. Dies zeigt sich in Formulierungen wie: „in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für sich ändernden gefühlten Bedeutungen in dieser anderen Person [...] Bedeutungen zu erahnen, deren sie selber kaum gewahr wird [...] auf die möglichen Bedeutungen in ihrem Erlebnisfluß [...] Bedeutungen stärker zu erleben“ (Rogers, 1975a/1980, S. 79).

Weitere Beiträge zur Entwicklung des Empathiebegriffs erfolgten durch Godfrey T. Barrett-Lennard, Jerold D. Bozarth, Barbara T. Brodley, Robert, Elliott, Leslie S. Greenberg, Wolfgang W. Keil, Greet Vanaerschot und andere.³¹ Es zeigt sich auch hier, dass in Empathiekonzepten der Umgang mit Bedeutungen betont scheint.

Der Fokus empathischen Verstehens gilt hauptsächlich den formulierten oder zu formulierenden Bedeutungen von Themen und Inhalten im Gegenüber.³² So wertvoll diese Ansätze sind, bedürfen sie jedoch einer Erweiterung im Kontakt mit Menschen, die unter Ichgrenzenstörungen leiden. Ein vorrangiges Beachten von inhaltlichen Bedeutungen hieße das Wesen der Störung in seiner Tragik nicht ernst zu nehmen und die Betroffenen in ihrem Leid nicht zu verstehen. Das Wesen der Störung ist viel grundlegender. Im Kontakt mit Betroffenen ist zu beachten, dass es vorrangig nicht förderlich ist, Bedeutungen von Inhalten auf der Grundlage einer intakten Grundstruktur

gewahrt zu werden, sondern dass das zu erfassende Problem die ganz grundlegende Störung der Struktur an sich ist. Die Störung ist das Unvermögen, sich als einheitliche Struktur zu erleben.

Carl Rogers beschreibt einen Teil des therapeutischen Prozesses pointiert: „Für das Verständnis der phänomenalen Welt des Klienten ist es erforderlich, daß der Therapeut mehr als nur den Wortsinn der Mitteilung des Klienten aufnimmt. Der Therapeut versucht, ‚in die Haut des Klienten zu schlüpfen‘, er taucht ein in die Welt komplexer Sinngehalte, die der Klient ausdrückt“ (Rogers, 1975e/1977, S. 20).³³ Überträgt man dieses anschauliche Bild auf den Kontakt mit Menschen, die Ichgrenzenstörungen erleiden, so wäre zunächst „in der Haut des Klienten“ zu erfassen, dass diese Haut in ihrer Gesamtheit von den Betroffenen nicht als ihre eigene Haut erfahren wird. Es gilt zu verstehen, dass Teile dieser Haut als fremd wahrgenommen werden und dass die Haut als Grenze zur Umwelt durchlässig, verwundet, löchrig ist. Es gilt zu verstehen, dass manche Anteile innerhalb der Haut als fremd, als nicht zu sich gehörig erlebt werden. Es gilt ein empathisches Verständnis für dieses ganz grundlegende strukturelle Problem zu entwickeln. Hier offenbart sich das existentielle Leid des betroffenen Menschen.

Bei einer alleinigen Fokussierung auf inhaltliche Bedeutungen besteht die Gefahr das grundlegende Leid nicht wahrzunehmen. Die Form des Erlebens der Betroffenen erfordert besondere Beachtung um dem entgegenzuwirken, was Søren Kierkegaard als die größte Gefahr identifiziert: „sich selbst zu verlieren“ (Kierkegaard, 1911, S. 29–30).

Kierkegaard weist darauf hin, dass dieser Verlust in einem kaum wahrnehmbaren Prozess vor sich gehen kann: „Das wirklich Gefährlichste und Schlimmste, sich selbst zu verlieren, kann in der Welt so still hingehen, als wäre es nichts“ (ebd.). Den Aufmerksamkeitsfokus nicht auf das strukturelle Defizit zu legen, hieße das stille Hingehen fortschreiten zu lassen.

Margaret Warner beschreibt die möglichen Schwierigkeiten von Menschen über psychotisches Erleben zu berichten (Warner, 2001, S. 183). Während manche psychotische Erlebnisse, wie wahnhaftes Erleben und Halluzination leichter formulierbar und vermittelbar erscheinen, ist der Verlust innerer Struktur schwerer benennbar. Zwar kann das Gefühl des Beeinflusstwerdens von den Betroffenen gut erkannt und benannt werden; das Aufgeben des Umsichsorgens in bestimmten Bereichen entzieht sich jedoch oft eigener Beobachtbarkeit.

Das konkrete Umsichsorgen in fremd beeinflusst wahrgenommenen Bereichen erscheint den Betroffenen nicht möglich. Die Sorge und die Verantwortung für jene Bereiche werden meist resignativ aufgegeben. Zusätzlich ist auch das

30 Im vorliegenden Artikel wird der Begriff der *strukturellen Empathie* verwendet, um eine Haltung der therapeutischen Person zu verdeutlichen, in der versucht wird, Betroffene nicht nur inhaltlich zu verstehen sondern in ihrer Gesamtheit wahrzunehmen – auch in jenem Leiden, das aus innerpsychischer struktureller Problematik entsteht. Gerald Ullrich versteht hingegen unter *struktureller Empathie* eine erstrebenswerte Haltung von Gesundheitseinrichtungen: „Negative Einflüsse durch diese quasi strukturellen Aspekte wiegen zumeist so schwer, daß sie nicht durch individuelle Empathie im Einzelkontakt kompensierbar sind. Insofern müßte es ein vorrangiges Ziel psychosozialer Mitarbeiter sein, die sozusagen strukturelle Empathie einer Klinik zu verbessern“ (Ullrich, 1993, S. 300).

31 Vgl. Barrett-Lennard, 1998; Bozarth, 1998, 2001; Brodley, 1996; Greenberg & Elliott 1997; Keil, 1997; Vanaerschot, 1997.

32 Zum Dilemma der Unterscheidung von Empathie und empathischem Verstehen vergleiche Bozarth 2001, S. 149–151.

33 „The therapist attempts ‘to get inside the skin’ of his client, immersing himself in the world of complex meanings that are being expressed“ (Rogers, 1975e, p. 1833).

Umsichtsorgen in dem Sinn eingeschränkt, so für sich zu sorgen, dass das Defizit an Umsichtsorgen erkannt werden kann. Hierfür ein empathisches Verständnis zu entwickeln, ist eine vorrangige Aufgabe der therapeutisch in Kontakt tretenden Person.

Nicht nur die „emotionalen Komponenten und Bedeutungen“ sind empathisch wahr zu nehmen, sondern vor allem die Sprünge und Risse, die erlebten Durchlässigkeiten des Bezugsrahmens. Es bedarf hier einer Erweiterung des empathischen Konzepts um die strukturelle Dimension.

Strukturelle Zielsetzung der Therapie

Aus dem empathischen Verstehen des strukturellen Problems ergibt sich als eine wichtige therapeutische Zielsetzung, die Betroffenen zu fördern, sich wieder als identisches Substrat bleibender Ich-Eigenheiten zu erleben, mit einem bleibenden Stil des Sichverhaltens und Zusichverhaltens, mit ihrem ganz personalen Charakter.

In der Betrachtung des Therapieprozesses müssen zunächst jene Besonderheiten Beachtung finden, die den Beziehungsaufbau mit Menschen, die unter Ichgrenzenstörungen leiden, kennzeichnen.

Besonderheiten des Beziehungsaufbaus bei Ichgrenzenstörungen

Dosierung der Beziehung

Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung muss bei Menschen mit Ichgrenzenstörungen auf ihre Einschränkung der Grenzwahrnehmung abgestimmt sein. Die Intensität an Beziehung muss achtsam dosiert sein.³⁴

Während die Bedingungen und „minimalen Voraussetzungen“ (vgl. Rogers, 1957a) der Dosierung förderlicher psychotherapeutischer Beziehung in der bestehenden Literatur hinreichend gewürdigt scheint, verdient die zu nahe, toxische Dosierung von psychotherapeutischer Beziehung in der Kontaktaufnahme mit Menschen mit Ichgrenzenstörungen besondere Beachtung.³⁵

34 In Publikationen über Dosis-Wirkungs-Relationen von Psychotherapie wird als Dosis meist die Anzahl an Therapieeinheiten definiert (vgl. Howard et al. 1986; Hansen et al., 2002). Verglichen mit pharmakologischer Therapie entspricht dies jedoch eher der Dauer der Medikation nicht jedoch der Höhe der Dosierung. Die Dosis an Psychotherapie sollte eher an der Nähe und Intensität der therapeutischen Beziehung zu ermesen sein.

35 Der Vergleich mit medikamentöser Therapie liegt nahe. Die Wirksamkeit von Medikamenten ist meist abhängig von der Dosierung. Mit steigender Dosierung steigt die Wirksamkeit – mit weiterem Ansteigen der Dosierung nimmt jedoch die Anzahl toxischer Wirkungen

Um im Kontaktaufbau mit Menschen mit Ichgrenzenstörungen schädigende Auswirkungen der Therapie zu vermeiden ist es ratsam den Beziehungsaufbau nicht zu rasch zu forcieren. Zu Beginn des Beziehungsaufbaus ist sehr deutlich abgegrenztes Verhalten anzuraten.³⁶

Gefahren des Beziehungsangebots

Personen mit Ichgrenzenstörungen vermuten ihre Grenzen durchlässig. Im Kommunikationsverhalten und in der Strukturierung der Beziehung muss dies berücksichtigt werden. Rogers schreibt über die Strukturierung der therapeutischen Beziehung, „Elemente, wie zum Beispiel die Empfänglichkeit des Beraters, werden eher erfahren als verbalisiert“ (Rogers, 1942a/1972, S. 87).³⁷ Diese Aussage ist sicher für den Großteil an therapeutischen Beziehungen zutreffend. Bestehen jedoch Ichgrenzenstörungen, kann die Empfänglichkeit von Beratern falsch interpretiert werden. Die Ebenen der Kommunikation können unrealistisch gedeutet werden. Betroffene meinen vielleicht telepathisch mit dem Gegenüber in Kontakt zu sein. Oder es wird angenommen, die eigenen Gefühle würden ohne Verbalisierung direkt und unmissverständlich vom Gegenüber ident erlebt.

Rogers sieht die Strukturierung der therapeutischen Beziehung dadurch erfahrbar, was in ihr nicht geschieht: „In gewissem Umfang wird die Struktur der Situation durch das definiert, was nicht geschieht. Moralische Urteile werden nicht gefällt, Druck in eine bestimmte Richtung wird nicht empfunden“ (Rogers, 1942a/1972, S. 87).³⁸ Das Erfassen der unterschiedlichen kommunikativen Faktoren setzt eine weitgehend intakte Realitätskontrolle voraus. Es darf nicht angenommen werden, dass Menschen mit Ichgrenzenstörungen die Abwesenheit von Bewertung und Druck in dem Ausmaß empfinden, in dem sie

zu. Die „therapeutische Breite“ eines Medikamentes bezeichnet den Abstand zwischen seiner therapeutisch wirksamen Dosis und einer Dosierung, die zu einer toxischen Wirkung führt (Forth, Henschler, & Rummel, 1990, S. 6–7). Diese grundlegenden Überlegungen zum Zusammenhang zwischen Dosis, Wirkung und Toxizität können auch auf die psychotherapeutische Beziehung übertragen werden. Die Beziehung muss einen gewissen Grad an Intensität (Dosis) erreichen um förderlich und wirksam sein zu können. Bei Überschreiten einer gewissen Intensität, bei zu großer Nähe (zum Beispiel bei unreflektierten und ausagierten Verschmelzungswünschen seitens der therapeutischen Person, sexuellen Übergriffen etc.) können Prozesse entstehen, die wenig förderlich (toxisch) sind.

36 Körperliche Berührungen sind zu vermeiden. Menschen mit Problemen in der Grenzziehung könnten diese in besonderem Ausmaß fehlinterpretieren.

37 „Other elements, such as the responsiveness of the counselor, are experienced rather than verbalized“ (Rogers, 1942a, S. 91).

38 „To some extent, the structure of the situation becomes defined by what does not happen. Moral judgments are not made; pressure to follow certain courses of action is not felt“ (Rogers, 1942a, S. 90–91).

gegeben sind. Subjektiv erleben sie möglicherweise sehr bewertende und druckerzeugende Gedankeneingaben.

Vielleicht ist in diesem Zusammenhang die Aussage von John Shlien zu verstehen: „In der Tat vertrat Rogers einmal die Ansicht, daß diese Form der Therapie sich nicht auf psychotisch Kranke anwenden lasse“ (Shlien, 1984, S. 174).³⁹ An anderen Stellen zeichnet Rogers ein hoffnungsfroheres Bild der Möglichkeiten des personenzentrierten Ansatzes (vgl. Rogers, 1967). Es scheint jedoch nötig im Umgang mit Menschen mit psychotischen Störungen kommunikative Grundsätze zu beachten.

Klärung der Kommunikationswege

In Kombination mit den Gedanken und Gefühlen, die Betroffene mit dem Gegenüber geteilt oder vom Gegenüber beeinflusst glauben, könnten scheinbar harmlose Aussagen in der Therapie unpassend, distanzlos oder abwertend wirken. Gerade die psychotherapeutische Kontaktaufnahme bietet Möglichkeiten der Fehlinterpretation, da sie eine Qualität der Empathie aufweist, die vielleicht für Betroffene zunächst ungewohnt ist. Empathisches Verstehenwollen kann missgedeutet werden als ein wissendes Lesen im Gegenüber. Die psychotherapeutisch in Kontakt tretende Person wird in diesem Fall als zu nahe, vielleicht als zu eindringend, als zu übergriffig erlebt.

Auch interpretative Interaktionen bergen Gefahren. Interpretierende Äußerungen sollten klar als solche gekennzeichnet sein oder am besten ganz entfallen, da in jemandem, der von der Existenz von Gedanken- oder Gefühlsübertragung überzeugt ist, die Meinung entstehen könnte, man spreche nicht interpretierend, sondern aus einem möglicherweise aus Gedankenübertragung erlangtem Wissen. Dies könnte Gefühle des Ausgeliefertseins in der Therapiesituation fördern. Somit wäre durch Nichtbeachten der speziellen Problembereiche in der Kommunikation mit Menschen mit Ichgrenzenstörungen die Nähe an psychotherapeutischer Beziehung falsch dosiert, die therapeutische Breite wäre in Richtung des toxischen Bereichs verlassen. Rogers schreibt: „Empathie bedeutet, die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten und darin ganz und gar heimisch zu werden“ (Rogers, 1975a/1980, S. 79).⁴⁰ Wenngleich Rogers das Eindringen in die Welt Anderer metaphorisch meint, ist in der konkreten Kommunikation darauf zu achten, dass empathisches Verstehen nicht als Gedankenlesen missinterpretiert wird.

Bei Menschen mit Ichgrenzenstörungen ist es nicht nur wichtig, die eigenen Botschaften klar zu formulieren, sondern

auch ganz prinzipiell klar zu stellen, auf welchen Kommunikationswegen man in Kontakt tritt und auf welchen nicht. Es ist von Anfang an notwendig, erklärende Elemente einzubringen, die vermeintlichen Kommunikationsebenen (wie zum Beispiel Gedankenübertragung, Gefühlsausbreitung etc.) als nicht geeignet zu deklarieren, um miteinander in Kontakt zu kommen.⁴¹

Das Erklären der Situation, dass man selbst nicht die Gedanken des Gegenübers lesen kann, dass die Gefühle des Mitmenschen nicht in numerischer Identität erlebbar sind, helfen die Situation zu strukturieren. (Zum Beispiel: „Sie haben den Eindruck, Ihre Gefühle breiten sich auf andere Menschen aus. Ich fühle nur meine Gefühle. Aber ich würde gerne Ihre Gefühle verstehen wollen, wenn Sie sie mir mit Worten mitteilen wollen.“ Hier ist die Klärung der Kommunikationswege von einer parapositionierenden Haltung unterstrichen, ergänzt durch beziehungsförderndes Interesse am Gegenüber.)⁴²

Der Prozess der strukturellen Empathie

Nach den kurzen Überlegungen zum Beziehungsaufbau sollen nun jene Therapieschritte beleuchtet werden, die Menschen, die unter Ichgrenzenstörungen leiden, helfen, sich wieder als identisches Substrat bleibender Ich-Eigenheiten zu erleben.

Der Therapieschritt der Empathie für die Störung der Struktur

Die Betroffenen hatten die Kontrolle bestimmter Ichstrukturen als nach außen verschoben erlebt. Bedeutend und intensiv wird anfangs das Gefühl des Beeinflusstwerdens erlebt – in späteren Phasen der Störung kann dieses auch resignierend hingenommen werden, scheinbar emotionslos geschehen lassend mit sich. Die Inhalte und Bedeutungen, die mit dem anfangs irritierenden Erleben verknüpft sind, werden von den Betroffenen als ichfremd und daher oft als wenig bedeutsam für sie selbst erlebt. Eine aktive Zuwendung zu diesen inneren Bereichen wird den Betroffenen nicht möglich sein. Die Sorge um diese Bereiche ist zunächst ganz den in therapeutischen Kontakt Tretenden überantwortet.

Eine zu intensive Hinwendung in der Therapie auf jene ichfremd erlebten Inhalte würde von den Betroffenen wahrscheinlich mit Verständnislosigkeit betrachtet werden. Dennoch werden therapeutisch helfende Personen neben all den Inhalten

39 „Rogers once held, in fact, that this form of therapy was not applicable to psychotics“ (Shlien 1967, S. 151; vgl. Shlien, 1961, S. 286).

40 „An empathic way of being with another person has several facets. It means entering the private perceptual world of the other and becoming thoroughly at home in it“ (Rogers, 1975a, S. 4).

41 Die Überlegung, ob dieses erklärende Verhalten noch im engeren Sinn als personenzentriert bezeichnet werden kann, ist eindeutig zu bejahen. Carl Rogers beschreibt ein Beratungsverhalten, welches zu einer beschleunigten Strukturierung beiträgt, indem die Situation „dem Klienten auf die eine oder andere Art erklärt“ wird (Rogers, 1942a/1972, S. 88).

42 Vgl. Oberreiter, 2018a, S. 83; 2018b.

und Themen, die von den Betroffenen eingebracht werden auch immer wieder sanft Bezug nehmen auf jene fremd erlebten Strukturanteile.

Carl Rogers schreibt: „Als Therapeut will ich die Klientin nicht führen, weil sie den Weg zu den Ursprüngen ihres Schmerzes selbst besser kennt als ich. [...] Was ich will ist, an ihrer Seite zu sein. Dabei bleibe ich gelegentlich einen Schritt zurück, und gelegentlich gehe ich einen Schritt voran, wenn ich den Weg deutlicher sehe, auf dem wir uns befinden“ (Rogers, 1986h/1991, S. 254).⁴³ Eine Hinwendung zu Themen- und Problembereichen, die den Betroffenen nicht bewusst sind entspricht in diesem Bild wohl einen Schritt voran zu gehen, wenn man den Weg deutlicher sieht.

Durch vorsichtiges Benennen der Existenz der resignativ aufgegebenen Bereiche wird der Fokus auf die ichfern erlebten Anteile gelenkt. Es kommt zunächst nicht auf den genauen Gehalt oder die Bedeutung der Inhalte an, sondern vielmehr auf die Tatsache, dass sich das therapeutische Gegenüber zu den fremdgeglaubten Strukturen verhält. Die Empathie bewegt sich zunächst auf einer strukturellen Ebene. Die Tatsache des zu den Strukturen Verhaltens bekommt Bedeutung (vgl. Kierkegaard, 1849, S. 7).

Es mag anfänglich vielleicht Unverständnis und auch Irritation in den Betroffenen auslösen, zu erfahren, dass das Gegenüber jenen ichfremd erlebten Inhalten und Strukturanteilen Aufmerksamkeit zuwendet. Selbst würden die Betroffenen dazu neigen, den Blick auf diese „deutlich inkonsistent mit dem Selbstkonzept“ erlebten Materialien resignativ oder angstvoll zu vermeiden.

In der sich entwickelnden therapeutischen Beziehung gewinnt die Person therapeutisch in Kontakt tretender zunehmend an Bedeutung. Die von Therapierenden gemachten Äußerungen gewinnen an Bedeutung. Ihr Aufmerksamkeitsfokus gewinnt an Bedeutung – und somit auch das durch die therapeutische Aufmerksamkeit beleuchtete.

Dies wird als umso bedeutsamer wahrgenommen, je mehr Bedeutung der therapeutischen Beziehung zugeschrieben wird. Gelingt es im Beziehungsaufbau, dass die therapeutische Person zu einem wertgeschätzten Gegenüber wird, so werden ihren Äußerungen und Intentionen zunehmend mehr Gewicht beigemessen.

Die erste Beachtung dass die scheinbar fremdeingegebenen Inhalte Bedeutung in der therapeutischen Beziehung haben könnten, geschieht durch „kommentierende Bemerkungen, die sich nicht nur auf das beziehen, was dem Klienten bewußt ist,

sondern ‚auf die neblige Zone am Rande der Gewährwerdung‘“ (Rogers 1975e/1977, S. 20).⁴⁴

Nach dem Therapieschritt, der die fremdbeeinflusst gefühlten inneren Strukturanteile wieder verstärkt in den Aufmerksamkeitsfokus gebracht hatte, sollen nun die Emotionen Beachtung finden, die mit dem Phänomen der Ichgrenzenstörung verbunden sind.

Der Therapieschritt der Empathie für das Phänomen

Da es den Betroffenen oft aufgrund der stattgefundenen resignativen Prozesse nicht möglich ist eine emotionale Resonanz zu diesen Bereichen herzustellen, muss diese emotionale Funktion die therapeutische Person übernehmen. Zunächst ist ein Benennen der Emotionen wenig förderlich, die sich auf jene Inhalte beziehen, die durch das Phänomen der Ichgrenzenstörung eingegeben gefühlt werden. Eine Konfrontation mit jenen Inhalten, denen wahrscheinlich der Abwehrmechanismus gilt, weil sie vom Selbstkonzept deutlich inkonsistentes Material beinhalten, würde ängstigen und dadurch abwehrende Mechanismen fördern.

Die emotionale Resonanz bezieht sich zunächst nicht auf Inhalte, sondern auf das Phänomen der Ichgrenzenstörung an sich. So könnte die therapeutische Person in etwa sagen: „Ich weiß es nicht, wie es für Sie ist. Wenn ich mir vorstelle beeinflusst zu werden, dann ist das ängstigend für mich.“ (Hier wird im ersten Satz darauf geachtet, dass die unter Ichgrenzenstörung leidende Person die Intervention als die Aussage eines klar abgegrenzten Gegenübers versteht und nicht als Gedankenlesen fehlinterpretiert.)

In diesem Prozess gewinnen die Gefühle, die das Erleben des psychotisch Beeinflusstwerdens bei den Betroffenen auslöst, zunehmend an Bedeutung. Neben dem Gefühl des Ausgeliefertseins können Angst, Wut, Ärger, Trauer, Verwunderung etc. auftreten. Diese Gefühle und die Tatsache, dass wieder Gefühle in Bezug auf die psychotischen Erlebnisse bestehen und nicht scheinbar gefühllose Resignation, vermögen in förderlicher Weise die resignative Aufgabe von Persönlichkeitsanteilen aufweichen.

Der Therapieschritt der Zuwendung zu fremdgeglaubten Anteilen

Auch die zuvor als fremd angesehenen Teile der inneren Struktur werden zunehmend mit Emotionen begleitet und wieder zu sich gehörend erlebt. Es kann sich wieder ein Bezug zu den

43 „I do not want to lead the client, since she knows, better than I, the pathway to the sources of her pain. [...] What I wish is to be at her side, occasionally falling a step behind, occasionally a step ahead when I can see more clearly the path we are on, and taking a leap ahead only when guided by my intuition“ (Rogers, 1986h, S. 207–208).

44 „At its best, such understanding is expressed by comments that reflect not only what the client is fully aware of but the hazy areas at the edge of awareness“ (Rogers, 1975e, S. 1833).

eigenen inneren Anteilen entwickeln. Bei erfolgreicher Therapie gelingt es den Betroffenen wieder, sich als vollständiger und in allen inneren Bereichen mit personalem Charakter zu erleben. Empfindet die Person wieder alle ihre inneren Anteile ausschließlich ihrer Kontrolle zugänglich, so kann sie wieder entsprechend ihrem Stil, ihrem personalen Charakter auf die Erfordernisse der Umwelt reagieren. Sie kann auf dieser Ebene wieder für sich sorgen.

Der Therapieschritt der Empathie für Inhalte und Bedeutung

Nun kann man in der Therapie nach und nach den Inhalten und Bedeutungen auf dem Boden einer vom Betroffenen als zu sich gehörenden Struktur empathische Beachtung widmen. „Durch die Mitteilung des Therapeuten, daß er den vom Klienten gefühlten und auch den noch nicht ins Bewußtsein getretenen Sinn von dessen Äußerungen versteht, lernt der Klient sich selbst besser verstehen und kann mehr von seinem aktuellen Erleben, das in ihm leibhaft (at a gut level) abläuft, in seinem Bewußtsein zulassen“ (Rogers 1975e/1977, S. 20).⁴⁵

Die Erfahrung, dass das therapeutische Gegenüber durch die Inhalte nicht abgeschreckt ist, sich nicht abwendet, sondern in einer verstehenden und akzeptierenden Haltung bleibt, ist bedeutsam. Rogers beschreibt mögliche Gedanken von Betroffenen: „Offenbar ist es in Ordnung, wenn ich ich selbst bin, sogar dieses neue Ich, das sich zögernd herausbildet, da mein Therapeut es anscheinend versteht und akzeptiert“ (ebd.).⁴⁶ Im Verstehen und Akzeptieren psychotischer Abläufe und Inhalte können für die therapeutische Person jedoch Schwierigkeiten entstehen, die sich auf die Kommunikation auswirken.

Zugewandtheit trotz Unverständnis

In der Kommunikation haben neben bewusst regulierten Faktoren auch schwerer beeinflussbare kommunikative Elemente Auswirkungen auf die empfundene Nähe der Beziehung, „weil Kommunikation auch durch nebensächliche Bemerkungen oder einen unfreiwilligen Gesichtsausdruck entsteht“ (Rogers, 1959a/2009, S. 47).⁴⁷ Meinungen und Einstellungen können sich durch unbeabsichtigte Mimik oder Nebenbemerkungen

deutlicher zeigen als beabsichtigt. Dies ist vor allem von Bedeutung bei Inhalten, bei denen psychotische Sichtweisen vom *sensus communis* stark abweichen oder kaum nachvollziehbar sind. Besonders die Empfindungen der Ichgrenzenstörungen sind für Nichtbetroffene nur schwer oder gar nicht nach zu vollziehen. Auch die wahnhaften Verarbeitungen, mit denen versucht wird, die auftretenden Ichgrenzen-Erlebnisse zu erklären, sind aus der therapeutischen Perspektive oft nicht verstehbar.

Diese unverstandenen Empfindungen sollten jedoch besondere Beachtung finden und möglichst frühzeitig angesprochen werden, da sie möglicherweise die Kommunikation massiv beeinflussen können. Aus der Haltung der Paraposition explizit die Schwierigkeiten des Verstehens zu kommunizieren und explizit über die eigenen Möglichkeiten des Verstehens und der Kommunikation zu sprechen, hilft betroffenen Menschen die Zugewandtheit des Gegenübers zu erkennen, selbst wenn die therapeutische Person ihr Unvermögen im Verstehen formuliert. So wird die Möglichkeit geboten, das Bemühen um Verständnis und Beziehung zu erfahren.

Es besteht die Gefahr, dass ein Nichtverstandenwerden fehlinterpretiert wird: „als ein nicht helfen Wollen oder Können des Therapeuten, als ein Entziehen“ (Oberreiter, 2012, S. 110). Deshalb ist es neben der authentischen Information des Nichtverstehenkönnens notwendig, die Zugewandtheit und das Verstehenwollen explizit zu betonen. Es ist notwendig als helfendes Gegenüber authentisch und zugewandt in der Beziehung präsent zu sein, – insbesondere wenn man die Symptomatik der Ichgrenzenstörungen als verständliche Sehnsucht nach Beziehungserfahrung auffasst.

So gelingt es dem Klienten sich angstfreier jenen Inhalten zuzuwenden, die zuvor als fremdes Material erschienen waren. „Bisweilen sind diese Gefühle tiefe Ambivalenzen, mitunter sind es feindselige Gefühle und manchmal Gefühle der Unzulänglichkeit. Was auch immer sie sein mögen, der Berater bemüht sich, durch das, was er sagt und tut eine Atmosphäre zu schaffen, in der der Klient erkennen kann, daß er diese negativen Gefühle hat, und die es ihm ermöglicht, sie als Teil seiner selbst zu akzeptieren, statt sie auf andere zu projizieren oder hinter Abwehrmechanismen zu verbergen“ (Rogers, 1942a/1972, S. 44).⁴⁸ Nun können Bedeutungen gewahrt und kommuniziert werden.

Nach den bisher diskutierten formalen Aspekten von Störung und Therapie soll nun jener Beziehungsaspekt Raum finden, in dem der Ansatz zum heilsamen Prozess liegt.

45 „Through the therapist’s communication of his understanding of his client’s felt meanings—including those meanings not yet fully conceptualized into awareness—the client broadens his understanding of himself and is able to permit into awareness more of the actual experiencing going on at a gut level in his organism“ (Rogers, 1975e, S. 1833).

46 „It seems okay to be me, even this tentative new me which is emerging, since it appears understandable to my therapist“ (Rogers, 1975e, S. 1833).

47 „It is not essential that the therapist intend such communication, since often it is by some casual remark, or involuntary facial expression, that the communication is actually achieved“ (Rogers, 1959a, S. 213).

48 „Sometimes the feelings are deep ambivalences, sometimes they are feelings of hostility, sometimes they are feelings of inadequacy. Whatever they are, the counselor endeavors, by what he says and by what he does, to create an atmosphere in which the client can come to recognize that he has these negative feelings and can accept them as a part of himself, instead of projecting them on others or hiding them behind defense mechanisms“ (Rogers, 1942a, S. 38).

Beziehungsaspekt der Ichgrenzenstörungen

Sehnsucht nach Beziehungserfahrung

Ein Phänomen menschlichen Seins ist die Sehnsucht nach Verstandenwerden, nach Akzeptiertwerden so wie man ist. „Mit dem Gewahrsein des Selbst entwickelt das Individuum das Bedürfnis nach Wertschätzung. Dieses Bedürfnis ist ein Wesenszug des Menschen. Es ist allgegenwärtig“ (Rogers, 1959a/2009, S. 58).⁴⁹ Nach Rogers schließt der Begriff Wertschätzung „Haltungen wie Wärme, Liebe, Respekt, Sympathie und Anerkennung ein“ (ebd., S. 40). Diese Sehnsucht nach wertschätzender Beziehungserfahrung kann unerfüllt bleiben, weil sie entweder in gar keiner Weise erfüllt wird, oder weil sie zwar erfüllt scheint, das Verstanden- und Akzeptiertwerden aber nicht auf wirklich ehrliche, kongruente, förderliche Art gegeben ist. Die Sehnsucht bleibt unbefriedigt, entweder durch Fehlen einer anderen Person oder es ist zwar die Anwesenheit einer anderen Person gegeben, es besteht aber dennoch „das Fehlen einer Beziehung, in der wir unser tatsächliches Erleben – und damit unser wirkliches Selbst – anderen mitteilen können“ (Rogers, 1961c/1980, S. 94).⁵⁰ Der Begriff der Vanitas versucht die Bedeutung dieses Defizits zu akzentuieren – unabhängig durch welche Ursache der Mangel an wirklich positiver ehrlicher, wertschätzender Beziehungserfahrung gegeben ist (Oberreiter, 2018b).

Der Wunsch nach Wahrgenommenwerden scheint ein ganz grundlegendes menschliches Bedürfnis zu sein. So sieht Martin Heidegger die Sorge als wichtigen Teil des „Sein des Daseins“: „Weil das In-der-Welt-sein wesenhafte Sorge ist, deshalb konnte [...] das Sein bei dem Zuhandenen als Besorgen, das Sein mit dem innerweltlich begegnenden Mitdasein Anderer als Fürsorge gefaßt werden. Das Sein-bei.. ist Besorgen, weil es als Weise des In-Seins durch dessen Grundstruktur, die Sorge bestimmt wird“ (Heidegger, 1929, S. 193). Unter Heideggers „innerweltlich begegnenden Mitdasein Anderer als Fürsorge“ darf zuallererst gegenseitiges Wahrnehmen, Erkennen und Erkanntwerden, Beachtetsein und Ernstgenommenwerden verstanden sein. Weiterführende Fürsorge je nach erkannten und notwendig erachteten Bedürfnissen ist die Folge.

Im menschlichen Miteinander ist eine bestimmte Qualität des Umgangs nötig, um sich beachtet und angenommen zu fühlen. So weist auch Heidegger darauf hin, dass Alleinsein nicht dadurch behoben wird, dass „ein zweites Exemplar Mensch ‚neben‘ mir vorkommt oder vielleicht zehn solcher.

Auch wenn diese und noch mehr vorhanden sind, kann das Dasein allein sein“ (Heidegger, 1929, S. 120).

Ein Mangel an Beziehungserfahrung kann für Menschen eine existenziell bedrohliche Gefahr darstellen. Studien legen nahe, dass Suizidgedanken und Parasuizidales Verhalten mit dem Grad der Einsamkeit zunehmen (vgl. Stravynski & Boyer, 2001). Einsamkeit erweist sich als bedeutender Risikofaktor für Suizid (vgl. z. B. Wiktorsson et al., 2010). „Wenn der Tod die größte Gefahr ist, so hofft man auf Leben; wenn man aber die noch schrecklichere Gefahr kennen lernt, hofft man auf den Tod“ (Kierkegaard, 1911, S. 15).

Abwehr der Einsamkeit

Bei einer Vanitas an wertvollen Beziehungserfahrungen ist es für den Organismus von lebenserhaltender Bedeutung, das Bewusstwerden der Einsamkeit in ihrer vollen Tragweite abwehren zu können. Carl Rogers trägt der Tendenz des Organismus zu seiner Erhaltung Rechnung, wenn er die Aktualisierungstendenz beschreibt als „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers 1959a/2009, S. 26). Dem Erhalt des Organismus dient es, die möglicherweise suizidfördernden Erfahrungen von Einsamkeit abzuwehren. Neben anderen Mechanismen scheint die Abwehr der belastenden und ängstigenden Erfahrungen von Einsamkeit besonders durch das Phänomen der Ichgrenzenstörung möglich.

Die Ichgrenzenstörung zeigt sich in dieser Betrachtung hier nun als ein Umsichsorgen des Organismus im existenzialen Sinne Martin Heideggers – im Sein zum Ende.⁵¹ Als eine Sorge, die das Sein vor dem zu nahen Ende zu schützen versucht.

Betrachten wir das Phänomen der Ichgrenzenstörungen nicht als Symptom einer Krankheit, sondern als kreativen Mechanismus, der aus dem Bestreben entsteht, der Erhaltung des Organismus zu dienen, so zeigt sich das Aufweichen und Ausdehnen der bestehenden Ich-Grenzen als sinnvoll. Auf diese Weise gelingt es dem Organismus, das Bewusstwerden des Defizits an ausreichend wertschätzender, empathisch interessierter Beziehungserfahrung abzuwehren. Betroffene müssen sich nicht mit der Realität auseinandersetzen, dass sie zu wenig beachtet sind. Im Gegenteil, durch die Ichgrenzenstörung entsteht vielmehr vielleicht sogar das Gefühl zutiefst erkannt zu sein. Gedanken oder Gefühle werden als bloßgelegt erlebt.

49 „As the awareness of self emerges, the individual develops a need for positive regard. This need is universal in human beings, and in the individual, is pervasive and persistent“ (Rogers, 1959a, S. 223).

50 „The other element in our loneliness is the lack of any relationship in which we communicate our real experiencing—and hence our real self—to another“ (Rogers, 1961c, S. 94; 1980a, S. 166).

51 Das Phänomen der Ichgrenzenstörung könnte auch als unmittelbare Abwehr der Angst vor dem Tod interpretiert werden. Als einen Versuch der Ausbreitung der Gedanken oder Gefühle über die Grenzen des sterblichen Individuums hinaus.

Bei den Phänomenen Gedanken- und Gefühlsausbreitung, Gedankenlautwerden, Gedanken- und Gefühlsentzug entsteht ein intensives Erleben des Beobachtetwerdens, des Beachtetwerdens und Erkanntwerdens – ohne selbst beeinflussbare Grenzen, ohne Schranken.⁵²

Grenzen der psychotischen Beziehungserfahrung

Doch die scheinbare Verbindung mit den Mitmenschen oder einer höheren Macht ist eine nur einseitige. Man fühlt sich selbst beobachtet und erkannt – nicht jedoch das Gegenüber. Auch im Erleben der Gedanken- oder Gefühlseingebung erlebt man kein wirkliches Erfahren oder Erkennen des Gegenübers, weil sich die Betroffenen den Eingebungen gegenüber hilflos ausgeliefert fühlen, diese nicht steuern können und so das Gefühl haben nur selektiv jene Bereiche (Gedanken oder Gefühle) der Anderen zu erfahren, die vom Gegenüber gewollt sind – ein umfassenderes, nicht manipuliertes Erkennen des Anderen scheint so unmöglich.

Es ist eine Voraussetzung mit eigener Absicht und unter eigener Kontrolle die Aufmerksamkeit auf Mitmenschen werfen zu können, um sie befriedigend wahrnehmen zu können. Nur wer diese Fähigkeiten besitzt und nur wer sich in diesem Sinn „als Person als sinnvolles Ganzes erlebt, kann andere Personen verstehen“ (Stein, 1917, S. 129). Eine Person, die sich als eigenständiges Ganzes und vom Gegenüber abgegrenzt erlebt, kann mit Anderen in Kontakt treten und sich dem mitteilenden Gegenüber einfühlen. Die Fantasie des Einsseins mit einer anderen Person bietet weder den Rahmen noch die Motivation zur Begegnung. So schreibt Edith Stein in ihrer Dissertation zu Recht: „Und nicht durch das Einfühlen erfahren wir von andern, sondern durch das Einfühlen, durch Einfühlung wird Einfühlung und Bereicherung des eigenen Erlebens möglich“ (Stein, 1917, S. 18).⁵³

Die scheinbar enge Verbindung zu Mitmenschen entspringt im Symptom der Ichgrenzenstörung jedoch nicht dem

Einfühlen sondern einem (partiellen) Einfühlen ohne Einfühlung. So ist wirkliche Beziehung nicht möglich. Durch das Phänomen der Ichgrenzenstörung ist die Abwehr des Bewusstwerdens von Vanitas an Beziehungserfahrung möglich, wirklich wertvolle reale Beziehungserfahrung gelingt so jedoch nicht.

Schlussfolgerung

Da der Entstehung von Ichgrenzenstörungen möglicherweise eine Vanitas an Beziehungserfahrungen zugrunde liegt, ergibt sich als Zielsetzung der Psychotherapie das Füllen dieser Leere. Besondere Beachtung im Therapieprozess muss die Tatsache finden, dass die Ichgrenzenstörungen als ganz fundamentale Störungen der Ichstruktur zu verstehen sind. Betroffene sind nicht mehr in der Lage sich als identisches Substrat bleibender Ich-Eigenheiten zu erleben, mit einem bleibenden Stil des Sichverhaltens und Zusichverhaltens. Sie sind nicht mehr in der Lage in bestimmten Bereichen für sich Sorge zu tragen. Sie haben die Sorge und Verantwortung für bestimmte Teilbereiche aufgegeben. Die Sorge um diese Anteile müssen zunächst vom therapeutischen Gegenüber übernommen werden, indem es ihnen Aufmerksamkeit widmet. Durch wertschätzenden, nicht abwertenden Umgang in der Therapie gelingt es den Betroffenen jene Inhalte weniger angstbesetzt zu erleben und sie schließlich als ichnahe Anteile ihrer selbst wahrzunehmen. Auf diese Weise können sie sich jenen Inhalten wieder zuwenden und sie nicht nur als fremd und eingegeben erleben. So erleben sie sich wieder vollständiger in ihrer Struktur. Das Gefühl des Ausgeliefertseins ist reduziert; Kontaktaufnahmen mit der Umwelt folgen wieder dem gewohnten personalen Charakter.

Der Beziehungsaufbau mit Menschen, die unter Ichgrenzenstörungen leiden erfordert besondere Sensibilität und oft ein aktives Klären, über welche Kommunikationswege in Beziehung getreten wird und über welche nicht. Durch eine parapositionelle Haltung kann den psychotischen Wahrnehmungen nicht-wertend begegnet werden und die therapeutische Wahrnehmung der Realität ohne Widerspruch und Rivalität daneben positioniert werden.

So kann es gelingen, dass der Klient in der therapeutischen Beziehung die Erfahrung macht, von einem Gegenüber wirklich wertgeschätzt zu sein und als Person Bedeutung zu haben. Der Klient ist insgesamt bereichert, die Leere an wertvoller Beziehungserfahrung ist behoben. Dies ist der heilsame Prozess. Der Klient kann wieder für sich Sorge tragen und Verantwortung übernehmen. Im positiven Sinn ist es den Betroffenen wieder möglich an dem Teil zu haben, was Kierkegaard beschreibt als: „Die Sorge ist das Verhältnis zum Leben, zur Wirklichkeit der Persönlichkeit“ (Kierkegaard, 1911, S. 3).

52 Auch die Erlebnisse von Gedanken- und Gefühlseingebung und Beeinflussung des Wollens und Tuns enthalten implizit den Aspekt des Erkanntwerdens: Die Macht oder die Mitmenschen, die Gedanken, Gefühle, Handlungsanweisungen in den Betroffenen projizieren, benötigen zuallererst Kenntnis seiner Gedanken, Gefühle und Impulse, um die Manipulationen zielführend durchführen zu können. So liegt in Fremdbeeinflussungsgefühlen auch der Anteil des Erkanntwerdens.

53 Martin Buber sieht auch in der Einfühlung die Gefahr der „Ausschaltung der eigenen Konkretheit“. Im Gegensatz dazu beschreibt er „Umfassung“ als „Erweiterung der eigenen Konkretheit“ ohne „von der gefühlten Realität ihres eigenen Tätigseins einzubüßen“ (Buber, 1926, S. 34–35). John Shlien berichtet, dass Carl Rogers Auszüge aus dem Text Bubers in englischer Übersetzung kennen lernte (vgl. Buber, 1947) – zu einer Zeit, als Rogers an Client-Centered Therapy (Rogers, 1951a) arbeitete. Dem Bericht Shliens zufolge waren aber jene Zeilen über die Unterscheidung von Einfühlung (Empathie) und Umfassung Rogers damals nicht in schriftlicher Form zugänglich (vgl. Shlien, 2001, S. 43).

Literatur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.) (2016). *Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (9., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers' Helping System, Journey and Substance*. London: Sage Publications.
- Binswanger, L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Zürich: Max Niehans Verlag.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Franz Deuticke.
- Bleuler, E. (1916). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Julius Springer.
- Bozarth, J. D. (1998). *Person-Centered Therapy: A Revolutionary Paradigm*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Bozarth, J. D. (2001). An Addendum to Beyond Reflection: Emergent modes of empathy. In S. Haugh & T. Merry (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice: Empathy* (Bd. 2, S. 144–154). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Bradley, Barbara T. (1996). Empathic understanding and feelings in client-centered therapy. *Person-Centered Journal*, 3(1), 22–30.
- Buber, M. (1926). *Rede über das Erzieherische*. Berlin: Lambert Schneider.
- Buber, M. (1947). Education. In *Between Man and Man* (S. 83–103). London: Kegan Paul.
- Cornelius-White, J. H. D. (2007). Congruence: An integrative five-dimension model. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(4), 229–239.
- De Hert, M., Magiels, G., & Thys, E. (2000). *Het geheim van de hersenchip: Zelfgids voor mensen met een Psychose*. Antwerpen: EPO.
- Deister, A. & Möller, H.-J. (1997). *Schizophrenie und verwandte Psychosen*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Deutsch, H. (1919). Ein kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des Mechanismus der Regression bei Schizophrenie. In S. Freud (Hrsg.), *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, (V. Jahrgang). Wien: Internationaler psychoanalytischer Verlag.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Bern: Hogrefe Verlag.
- Federn, P. (1932). Das Ichgefühl im Traume. *Internationale Zeitschrift Für Psychoanalyse*, XVIII(2), 145–170.
- Federn, P. (1952). *Ego Psychology and the Psychoses*. New York, NY: Basic Books.
- Federn, P. (1956). *Ichpsychologie und die Psychosen*. Bern: Hans Huber.
- Forth, W., Henschler, D., & Rummel, W. (Hrsg.). (1990). *Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie* (5., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Zürich: Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus.
- Freud, S. (1911a). Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. In E. Bleuler & S. Freud (Hrsg.), *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* (III. Band, S. 1–8). Wien: Franz Deuticke.
- Freud, S. (1911b). Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). In E. Bleuler & S. Freud (Hrsg.), *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* (III. Band, S. 9–68). Wien: Franz Deuticke.
- Greenberg, L. S., Elliott, R. (1997). Varieties of Empathic Responding. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Hrsg.), *Empathy Reconsidered* (S. 167–186). Washington DC: American Psychological Association.
- Griesinger, W. (1845). *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart: Adolph Krabbe.
- Gutberlet, M. (1985). Entwurf zu einem Krisenmodell in der Gesprächspsychotherapie / Klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-Info*, 61, 51–62.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The Psychotherapy Dose-Response Effect and Its Implications for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329–343.
- Heidegger, M. (1929). *Sein und Zeit* (2. Auflage). Halle: Max Niemeyer.
- Hoff, P., & Sass, H. (2010). Psychopathologische Grundlagen der forensischen Psychiatrie. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf, & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie: Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (S. 1–156). Berlin: Springer-Verlag.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164.
- Husserl, E. (1950). *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge*. (S. Strasser, Hrsg.). Haag: Martinus Nijhoff.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie: Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Berlin: Julius Springer.
- Kant, I. (1781). *Critik der reinen Vernunft*. Riga: Johann Friedrich Hartknoch.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 1(1), 5–13.
- Kierkegaard, S. (1849). *Sydommen til Døden: En christelig psykologisk Udvikling til Opbyggelse og Opvækelse af Anti-Climacus*. København: Carl Andreas Reitzel Forlag.
- Kierkegaard, S. (1881). *Die Krankheit zum Tode: Eine christliche psychologische Entwicklung zur Erbauung und Erweckung*. (A. Bärthold, Übers.). Halle: Julius Fricke.
- Kierkegaard, S. (1911). Die Krankheit zum Tode. In *Gesammelte Werke* (Band 8). Jena: Eugen Diederichs.
- Kraepelin, E. (1883). *Compendium der Psychiatrie*. Leipzig: Ambrosius Abel.
- Kraepelin, E. (1904). *Psychiatrie* (7. Auflage, II. Band). Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Krafft-Ebing, R. (1883). *Lehrbuch der Psychiatrie* (2. Auflage). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Kröber, H.-L. (2008). Kann man die akute Gefährlichkeit schizophrener Erkrankter erkennen? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 2(2), 54–62.
- Kröber, H.-L., & Lau, S. (2010). Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf, & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie: Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (S. 312–333). Berlin: Springer-Verlag.
- Landauer, K. (1926). Die Schizophrenie. In P. Federn & H. Meng (Hrsg.), *Das Psychoanalytische Volksbuch* (Bd. II, S. 381–394). Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Lessing, G. E. (1780). *Die Erziehung des Menschengeschlechts*. Berlin: Christian Friedrich Voß und Sohn.
- May, R. (1979). *Psychology and the Human Dilemma*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- May, R. (1984). *Antwort auf die Angst: Leben mit einer verdrängten Dimension*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Möller, H.-J. (2011). Methodik empirischer Forschung. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie: Allgemeine Psychiatrie* (4. Auflage, Band 1, S. 429–452). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Möller, H.-J. (2015). Psychopathologische Symptome und ihre Exploration. In H.-J. Möller, G. Laux, & A. Deister (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (6., aktualisierte Auflage, S. 56–86). Stuttgart: Thieme.
- Oberreiter, D. (2012). Hermeneutische Empathie als Ausgangspunkt psychotherapeutischen Arbeitens in der Akutpsychiatrie. In U. Diethardt, L. Korbei, & B. Pelinka (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie – quo vadis?* (S. 106–112). Wien: Facultas.
- Oberreiter, D. (2018a). Die Bedeutung struktureller Empathie für Verständnis und Therapie der Ichgrenzenstörung: Psychotherapeutische Implikationen basierend auf Edith Stein, Martin Heidegger, Edmund Husserl und Søren Kierkegaard. In Provinzialate des Teresianischen Karmel in Deutschland und Österreich (Hrsg.), *Edith Stein Jahrbuch 2018* (S. 61–98). Würzburg: Echter Verlag.
- Oberreiter, D. (2018b). The Therapy of Delusion in Regard to Vanitas, Sensus Communis, and Para-Position. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 18(3), 224–240.
- Rogers, C. R. (1942a). *Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1942a/1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler. (Orig. ersch. 1942: *Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1951a). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler. (Orig. ersch. 1951: *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin Company.)
- Rogers, C. R. (1957a). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology. A study of a science* (Bd. 3, S. 184–256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1959a/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V., Hrsg., G. Höhner & R. Brüseke, Übers.). München: Reinhardt. (Orig. ersch. 1959: *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology. A study of a science* (Bd. 3, S. 184–256). New York: McGraw Hill.)
- Rogers, C. R. (1961c). The loneliness of contemporary man, as seen in "The Case of Ellen West." *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1(2), 94–101.
- Rogers, C. R. (1961c/1980). Ellen West – und Einsamkeit. In C. R. Rogers & R. L. Rosenberg, E. Görg (Übers.), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 94–103). Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1961: The loneliness of contemporary man, as seen in "The Case of Ellen West." *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1(2), 94–101.)
- Rogers, C. R. (1962c). Some Learnings From a Study of Psychotherapy With Schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15.
- Rogers, C. R. (1962c/1984). Einige Untersuchungsergebnisse aus der Psychotherapie mit Schizophrenen. In C. Rogers & B. Stevens (Hrsg.), A. Tilebein & B. Westermeier (Übers.), *Von Mensch zu Mensch: Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen* (S. 209–222). Paderborn: Junfermann. (Orig. ersch. 1962: Some Learnings From a Study of Psychotherapy With Schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15.)
- Rogers, C. R. (Hrsg.) (1967). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Rogers, C. R. (1975a). Empathic—an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10.
- Rogers, C. R. (1975a/1980). Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In C. R. Rogers & R. L. Rosenberg (Hrsg.), E. Görg (Übers.), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 75–93). Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1975: Empathic—an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10.)
- Rogers, C. R. (1975e). Client-centered psychotherapy. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Hrsg.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (2. Aufl., Bd. 2, S. 1831–1843). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Rogers, C. R. (1975e/1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In U. Seeßlen (Übers.), *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 15–52). Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. ersch. 1975: Client-centered psychotherapy. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Hrsg.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (2. Aufl., Bd. 2, S. 1831–1843). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.)
- Rogers, C. R. (1978b). The Formative Tendency. *Journal of Humanistic Psychology*, 18(1), 23–26.
- Rogers, C. R. (1980a). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1980a/1981). Die Grundlagen eines personenzentrierten Ansatzes. In B. Stein (Übers.), *Der neue Mensch* (S. 65–84). Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1980: *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1986h). Client-Centered Therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Hrsg.), *Psychotherapist's casebook* (S. 197–208). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Rogers, C. R. (1986h/1991). Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), M. Werkmeister & P. F. Schmid (Übers.), *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl Rogers* (S. 238–256). Mainz: Grünewald. (Orig. ersch. 1986: Client-Centered Therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Hrsg.), *Psychotherapist's casebook* (S. 197–208). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.)
- Saß, H., & Hoff, P. (2011). Deskriptiv-psychopathologische Befunderhebung. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage, Vol. 1, S. 525–544). Berlin: Springer Medizin.
- Scheler, M. (1955). *Vom Umsturz der Werte. Abhandlungen und Aufsätze*. (M. Scheler, Hrsg.) (4. durchgesehene Auflage). Bern: Francke Verlag.
- Schott, H., & Tölle, R. (2005). *Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: C. H. Beck.
- Schneider, K. (1950). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schreber, D. P. (1903). *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken nebst Nachträgen und einem Anhang über die Frage: „Unter welchen Voraussetzungen darf eine für geisteskrank erachtete Person gegen ihren erklärten Willen in einer Heilanstalt festgehalten werden?“*. Leipzig: Oswald Mutze.
- Shlien, J. M. (1961). A Client-Centered Approach to Schizophrenia: First Approximation. In A. Burton (Hrsg.), *Psychotherapy of the psychoses* (S. 285–317). New York NY: Basic Books.
- Shlien, J. M. (1967). A Client-centered Approach to Schizophrenia: First Approximation. In Carl R. Rogers & B. Stevens (Hrsg.), *Person to Person: The Problem of Being Human* (S. 151–165). Lafayette: Real People Press.
- Shlien, J. M. (1984). Klient-zentrierte Therapie bei Schizophrenie: Erste Annäherung. In C. Rogers & B. Stevens (Hrsg.), *Von Mensch zu Mensch: Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen* (S. 173–189). Paderborn: Junfermann.
- Shlien, J. (2001). Empathy in Psychotherapy: Vital Mechanism? Yes. Therapist's Conceit? All Too Often. By Itself Enough? No. In S. Haugh & T. Merry (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice: Empathy* (Vol. 2, S. 38–52). Ross-on-Wye: PCCS Books.

- Stein, E. (1917). *Zum Problem der Einfühlung*. Halle: Buchdruckerei des Waisenhauses.
- Stein, E. (1931). *Das Ethos der Frauenberufe*. Augsburg: Verlag Haas und Grabherr.
- Stein, E. (1998). *Potenz und Akt: Studien zu einer Philosophie des Seins*. Freiburg: Herder.
- Stein, E. (2001). *Bildung und Entfaltung der Individualität: Beiträge zum christlichen Erziehungsauftrag* (2. Aufl., ESGA 16). Freiburg: Herder.
- Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(1), 32–40.
- Tausk, V. (1919). Über die Entstehung des „Beeinflussungsapparates“ in der Schizophrenie. In S. Freud (Hrsg.), *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse* (V. Jahrgang). Wien: Internationaler psychoanalytischer Verlag.
- Teusch, L. (1994). Gesprächspsychotherapie bei schizophrenen Störungen. In L. Teusch, J. Finke, & M. Gastpar (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen: Neue Konzepte und Anwendungsfelder* (S. 92–99). Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Tudor, K. (2010). Alpha und Omega, oder: Umfasst die Aktualisierung den Tod? *Person*, 2, 15–16.
- Ullrich, G. (1993). Rolle und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 42(8), 299–305.
- Vanaerschot, G. (1997). Empathic Resonance as a Source of Experience-Enhancing Interventions. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Hrsg.), *Empathy Reconsidered* (S. 141–165). Washington DC: American Psychological Association.
- Warner, M. S. (2001). Empathy, Relational Depth and Difficult Client Process. In S. Haugh & T. Merry (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice: Empathy* (Bd. 2, S. 181–191). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Wendt, F. (2010). Drogenrausch. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf, & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie: Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Stafrecht* (S. 258–311). Berlin: Springer-Verlag.
- Wiktorsson, S., Runeson, B., Skoog, I., Ostling, S., & Waern, M. (2010). Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 57–67.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Selbsthass

Eine Reflexion über personenzentrierte Begleitung durch abgrundtiefe Selbstverachtung hindurch¹

Jasmin Novak
Graz, Österreich

Der vorliegende Beitrag beschreibt Psychotherapien mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben, auf Basis persönlicher Erfahrungen der Autorin als personenzentrierter Therapeutin in freier Praxis. Diese werden in Bezug gesetzt zu Personenzentrierten Ansätzen wie dem Verständnis von Therapie als dialogischer personaler Begegnung, zum „fragilen Prozess“, aber auch zu experientiellen Konstrukten wie dem des „inneren Kritikers“ und darauf aufbauenden Mikrotheorien. Zunächst werden die Phänomenologie von Selbsthass und die Ätiologie des ihn bedingenden persistent negativen Selbstkonzepts erörtert. Die Reflexion der therapeutischen Beziehung mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben, macht deutlich, dass sich Versuche, ihn über Segmentierung oder Eingrenzung „aufzulösen“, als kontraproduktiv erweisen. Eine dem Selbsthass gegenüber bedingungslos offene und akzeptierende Haltung hingegen schafft die Voraussetzung für das Sich-Einlassen auf das therapeutische Beziehungsangebot und unterstützt die personale Entwicklung.

Schlüsselwörter: Selbsthass, therapeutische Beziehung, personale Begegnung, Akzeptanz

A reflection on personcentered assistance through abyssal self-contempt. The essay describes psychotherapies with persons, who experience hate against themselves in a habitual way, on the author's personal experiences as a person-centered therapist in private practice. It places them in relation to person-centered theories such as therapy as personal dialogical encounter and "fragile process", but also to experiential constructs like the "inner critic" and microtheories based on them. First, the phenomenology of self-hatred and the etiology of its basis—a persistent negative self-concept—are discussed. Reflections on the therapeutic relationship with clients who experience self-hatred makes it clear that attempts to 'dissolve' it through segmentation or confinement prove counterproductive. On the other hand, an attitude that is *unconditionally* open-minded and accepting towards self-hatred creates the preconditions for engaging in the therapeutic relationship and encourages personal development.

Keywords: Self-hatred, therapeutic relationship, personal dialogical encounter, acceptance

„Die Verzweiflung schickt Gott nicht, um uns zu töten,
er schickt sie, um neues Leben in uns zu erwecken.“

(Hermann Hesse, Das Glasperlenspiel)

Themenbestimmung und Fragestellung

Hass ist eine Möglichkeit im Zueinander. Schon das Alte Testament geht mit der Geschichte von Kain und Abel (vgl. Gen. 4,8) darauf ein. Die Tatsache, dass Theologie, Philosophie, Psychologie, Soziologie, Kunst und Staatskunst ihn zwar beständig

angehen, aber nicht auflösen können, lässt den Schluss zu, dass es sich beim Hass – und damit auch beim Selbsthass – um einen mächtigen Teil der *Conditio humana* handelt. Dennoch soll in diesem Beitrag versucht werden, das Phänomen Selbsthass aus der Sicht der personenzentrierten Praxis der Autorin zu beschreiben. Was Selbsthass ausmacht, wie er sich konstituiert und wozu, wird anhand personenzentrierter Erklärungsansätze und auch unter Berücksichtigung tiefenpsychologischer Zugänge untersucht.

Jasmin Novak, Dr.: ist seit 1992 eingetragene Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin und Personenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis und seit 2018 Ausbilderin (APG,IPS) in Graz.
Kontakt: dr.jasmin.novak@gmail.com

- 1 Dieser Text beruht auf einem Vortrag vom 20. 6. 2013 an der Sigmund-Freud-Universität Wien im Rahmen der Reihe „Negative Gefühle in der Psychotherapie“.
- 2 Die (häufige) Bezeichnung „Therapeutin“ in diesem Text ist dem Umstand geschuldet, dass primär *persönliche* Erfahrungen der Autorin referiert werden. Daher weisen nur Passagen, die sich an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Allgemeinen richten, beide Geschlechter aus.

Zentrale psychologische Paradigmen unterschiedlichster Provenienz wie etwa das psychoanalytische Lustprinzip (vgl. Freud, 1920/2013), das Prinzip der operanten Konditionierung (vgl. Skinner, 1971/1982), die soziale Austauschtheorie (vgl. Thibaut & Kelley, 1959), aber auch die personenzentrierte Aktualisierungstendenz (vgl. u. a. Rogers, 1980) implizieren die Annahme, dass der Mensch nach Glück strebt. Demnach gehört es gleichsam zur menschlichen Grundkonstitution, Glück zu suchen bzw. Unglück zu vermeiden. Ob unter Glück Lust, Vergnügen, Entwicklung, Heil, Gleichgewicht, Selbstverwirklichung, Entfaltung etc. verstanden wird, liegt im jeweiligen Zugang begründet. Leid und Freude bestimmen, was wir tun werden, hat schon Bentham postuliert: „Die Natur hat die Menschheit unter die Herrschaft zweier souveräner Gebieter – Leid und Freude – gestellt [...] Sowohl der Maßstab für Richtig und Falsch, als auch die Kette der Ursachen und Wirkungen, sind an seinem Thron festgemacht.“ (Bentham, 1789/1992, S. 55) Im scheinbaren Widerspruch zu diesem Axiom des Hedonismus kommen Menschen zur Psychotherapie, bei denen hedonistisches Suchen nach Freude bzw. die Vermeidung von Leid über längere Zeiträume hinweg praktisch nicht wahrnehmbar sind, sondern im Gegenteil: Wir erleben Menschen, die sich selbst „aus Prinzip überhaupt nichts Gutes vergönnt“³ sind. Was bedeutet dies für das personenzentrierte Axiom der Aktualisierungstendenz (vgl. Stumm, 2010, S. 135 und Biermann-Ratjen, 2010, S. 139), das den Fokus noch viel umfassender auf konstruktive Entwicklung legt (vgl. Rogers, 1981/2013, S. 24)? Weiters geht der PCA davon aus, dass es gilt, der Klientin bzw. dem Klienten mit unconditional positive regard zu begegnen (ebd. S. 26). Auch mit einiger Erfahrung ist es aber oft nicht einfach, persistenten Selbsthass vorbehaltlos auf- und anzunehmen. Daher kann die therapeutische Beziehung mit solchen Menschen ausgesprochen frustriert und zugleich durchaus herausfordernd verlaufen: „Schwierige Gesprächssituationen sind für Therapeuten und Therapeutinnen gerade jene kritischen Ereignisse, in denen die Stabilität, Verlässlichkeit und Wahrhaftigkeit ihrer therapeutischen Einstellungen gegenüber einem konkreten Klienten herausgefordert werden“, erkannte Hutterer (2005, S. 27). Darauf, dass es auch für die Therapie mit Menschen, die Selbsthass (er)leben, genügen kann, auf die entwicklungs- bzw. entfaltungsfördernde Kraft personaler Begegnung zu setzen, geht dieser Beitrag ebenso ein wie auf Versuche, Selbsthass mit experientialen Konstrukten wie der Arbeit mit dem „inner critic“ zu verstehen bzw. aufzulösen (vgl. Vahrenkamp & Behr, 2004, S. 228ff und Stinckens et al., 2013a, S. 59ff).

3 Formulierungen von Klientinnen und Klienten sind im weiteren Text mit * gekennzeichnet.

Thesenbildung: „VerNICHTung“ als konstituierendes Merkmal von Hass und Selbsthass

Zunächst soll das Phänomen Hass – und im Weiteren seine Variante des Selbsthasses – eingehend beschrieben werden. Hass begegnet uns Tag für Tag: Im Hate-Crime der Morgennachrichten, unter Tags im „Ich hasse sie“ eines betrogenen Klienten, abends in der Oper („Der Hölle Rache kocht in meinem Herzen“) und später im Nachtjournal beim Bericht über Entgleisungen bei X-Gida-Demonstrationen. Obwohl (nahezu) alltäglich, ist Hass bei näherer Betrachtung schwierig einzuordnen: Hass kann ein Gefühl bezeichnen, eine Haltung, einen Affekt, er kann sprichwörtlich im Herzen, im Bauch, im Kopf und auch in Handlungen stecken. Diese Schwierigkeit spiegelt sich – leider – auch in der Literatur wider: „Psychology has offered up very few theories that deal explicitly with the subject of hate, which might result [...] from the fact, that there is no commonly accepted definition of hate.“ (Sternberg & Sternberg, 2008, S. 18). Hass allgemeingültig zu definieren, ist der Psychologie bislang nicht gelungen – und damit auch nicht den Selbsthass.

Wenn die Definition des „Positivs“ nicht ganz gelingt, kann vielleicht eine Annäherung über das „Negativ“ weiterhelfen: Mit sich selbst (etwa in einer Sucht) destruktiv bis autoaggressiv umzugehen, eine übermäßig kritische Distanz zu sich selbst zu pflegen, an sich zu zweifeln, sich nicht zu mögen usw. sind zwar sicher Ausdrucksformen einer „gestörten“ Beziehung zu sich selbst, aber meines Erachtens noch keine Indizien für das Vorliegen von Selbsthass. So kann etwa autoaggressives Verhalten bis hin zur Selbstverstümmelung reichen, aber meiner Erfahrung nach handelt es sich dabei um etwas, das als „instrumentelles Verhalten“ bezeichnet werden kann. Es dient dazu, unerträgliche Spannungen abzubauen oder unerträgliches seelisches Leid mit offenbar erträglicheren körperlichen Schmerzen zu überlagern. In beiden Fällen geht es darum, einen Zustand aushaltbarer zu machen oder sich Erleichterung zu verschaffen, was also letztlich eine *konstruktive* Bedeutung hat. Solche von außen betrachtet vielleicht schwer einfühlbaren Verhaltensweisen sind im Grunde doch Versuche der Selbstbehandlung. Auch oft heftige Selbstbezüglichungsattacken, etwa von Menschen in Borderline-Zuständen, sollten m. E. nicht unter den Begriff Selbsthass subsumiert werden, weil sie meist nur situativ auftreten und schnell abflauen können. Darüber hinaus beschreibt das ICD 10 (2015/2018) viele Aspekte der hier dargestellten Leidenszustände etwa unter F32 und weiteren Ziffern. Selbsthass im Kontext solcher Diagnosen (z. B. als depressive Störungsbilder) zu verstehen, greift m. E. aber zu kurz, denn *in der therapeutischen Begegnung* hören und fühlen sich die Leidenszustände von Menschen, die mit solchen Diagnosen in Therapie kommen, ganz anders an. Sie

vermitteln zumeist, dass sie von ihren „*Leiden erlöst*“* oder „*sie loswerden*“* möchten. Sie „*haben etwas*“* in ihrem eigenen Verständnis, entweder schon zu Therapiebeginn oder sie entwickeln eine derartige Sichtweise im Lauf der Zeit. Selbsthass samt Konsequenzen wird meiner Erfahrung nach aber nicht „gehabt“. Er wird *er- bzw. gelebt*. Er *ist*. Kein Loswerden-Wollen ist erkennbar, und die Folgen des sich aus dem Selbsthass ergebenden selbstschädigenden Lebensstils sind bloß „Symptome“, die ihn als ihre Quelle wiederum bestätigen und nähren.

Die Vertraulichkeit gebietet, konkrete Inhalte aus Therapiesprachen nur sparsam zu referieren. Umso dienlicher ist daher der erstaunlich aktuell anmutende Text „Über das glückliche Leben“ (Seneca, 58 n. Chr./1990), in dem der römische Philosoph Seneca sehr gut beschreibt, was Menschen, die Selbsthass (er-)leben, *nicht* haben bzw. *nicht* können, und woran sie zumindest deutlich gehindert sind: Von der „Übereinstimmung mit der eigenen Natur“ (ebd., S. 11) ist hier die Rede, davon, in „in schöner Weise leidensfähig sein“ (ebd.). Das scheint nicht weit von Aktualisierung und Kongruenz entfernt. Den „Zeitumständen gewachsen“ (ebd.) zu sein, bezeichnet man heutzutage als Coping, „Sorge um den Körper, aber ohne Ängstlichkeit“ (ebd.) als psychosomatische Intelligenz, „Gewissenhaftigkeit“ (ebd.) als Motivation, und die Fähigkeit, „die Geschenke des Glückes zu nutzen“ (ebd.) als Offenheit oder Flexibilität. Wenn Selbsthass ins Spiel kommt, sind viele dieser Fähigkeiten oder Dispositionen meiner Erfahrung nach schwer beeinträchtigt. Denn wenn Selbsthass etwas sehr verlässlich bewirkt, dann m. E. wohl, um in Senecas Diktion zu bleiben, „die Seele“ zu hindern „ihren Wert ausfindig zu machen“: „Den Wert der Seele muss die Seele ausfindig machen. Wenn diese jemals Zeit hat [...] in sich zurückzukehren, wie wird sie sich, von sich selbst gequält, die Wahrheit gestehen und sagen [...] warum suche ich nicht eher etwas, das tatsächlich gut ist, das ich empfinde, nicht vorzeige!“ (ebd., S. 9). Oft kann die Seele „nicht in sich zurückkehren“, weil sie sich in ihrer ablehnenden Haltung gar nicht suchen kann. Falls sie sich (vielleicht in Psychotherapie) doch „findet“, wird ihr klar, dass sie „Vorzeigbares“ gesucht hat, und dass es nicht ums Wesentliche ging: bitter! Menschen, die Selbsthass (er-)leben, tun sich zumeist auch ungemein schwer, positive Aspekte bzw. Anregungen des Lebens an sich heranzulassen. Für sie gibt es kaum je Senecas „Geschenke des Glückes“.

Selbsthass, wie er mir in der Praxis begegnet ist, muss sich nicht repräsentieren, nicht toben, auch nicht gewalttätig wirken oder in autoaggressive Handlungen münden. Dennoch wirkt er radikal destruktiv, also im umfassenden Sinn dieses Wortes zerstörend, zersetzend und vernichtend. Diesem m. E. charakteristischen Aspekt von „VerNICHTung“ ist es zuzuschreiben, dass die therapeutische Arbeit mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben, in spezifischer Weise herausfordernd sein kann. Hinzu

kommt, dass die Auseinandersetzung mit Destruktivität, wie Isele und Stauss monieren, „im wissenschaftlichen Diskurs des PCA bisher wenig Beachtung gefunden“ (2016, S. 118) hat und somit kaum tragfähige Bezugsrahmen für die praktische Arbeit vorliegen. Wer Hass gegen sich selbst empfindet, tut das meiner Erfahrung nach – der persönliche Aspekt sei ausdrücklich betont – nicht punktuell, sondern umfassend und radikal. Man könnte zwar verführt sein zu sagen: Jemand begegnet sich selbst mit Hass. Das tut ein solcher Mensch aber nicht. Er erlebt ihn. Er verspürt ihn. Es gibt Phasen, in denen der Eindruck von Hege bzw. Pflege des Selbsthasses besteht, was fast an Entwicklung bzw. Entfaltung gemahnt. Manchmal scheint es, als ob Selbsthass gleichsam sein Element wäre, eine zerstörende, zersetzende, vernichtende Sphäre der Negativität im Sinne von Nicht-Können/-Wollen, Desinteresse und Unwert, die ihn umgibt. M. E. ist Selbsthass also ein umfassender *Prozess*, der in praktisch alle Persönlichkeits- und Lebensbereiche „hineinwuchert“, wie nachfolgend aus der Praxis heraus beschrieben wird.

Betroffene Persönlichkeits- und Lebensbereiche: Phänomenologische Beschreibungen

Verhalten

Selbsthass kann sich etwa in exzessivem Arbeiten oder Lernen zeigen. Davon sind nicht nur „Workaholics“ betroffen, sondern auch Menschen, die in ihrem Selbsthass ununterbrochen fast alles tun, um „*gar nichts zu spüren – mich selbst am allerwenigsten*“*. Dabei gibt es einerseits eine extrem hohe Leistungsbereitschaft, vielleicht auch Leistungssucht, andererseits aber auch einen atemberaubenden Leistungsdruck bei gleichzeitig enormer Leistungsangst und der Absenz jeglicher Leistungsfreude. Das Vermeiden jedweder Entspannung, Erholung und Muße gehören dazu. Ähnliches gilt auch für den Genuss. Er wird nicht nur nicht gesucht, er wird geradezu geflohen, oft auch schon die Möglichkeit, an etwas potenziell Genussvollem auch nur anzustreifen. Hobbies oder vergnüglichen Zeitvertreib gibt es nicht. Kognitiv kann das begleitet sein von einer inneren Gewissheit, dass es gar nichts gibt, was Genuss, Freude oder Amusement bereiten könnte, einer inneren Sicherheit, dass man all das „*überhaupt nicht kann und auch nicht will*“*.

Körper

Auf somatischer Ebene kann sich Selbsthass in einem fortdauernden Leiden unter vielen (einander abwechselnden) körperlichen Missempfindungen und Zuständen ausdrücken, die sich schul-, aber auch alternativ- oder komplementärmedizinisch

oft nicht verifizieren und kaum behandeln bzw. lindern lassen. Beklagt wird ein extremes Ausgeliefertsein gegenüber einem Körper, der alle möglichen „*üblen Stücke spielt*“⁴⁴ und Grundbedürfnisse wie Essen, Schlafen, Bewegung oder Schmerzfreiheit praktisch verunmöglicht: Es zeigt sich ein wiederkehrendes „*Nicht einmal das Allereinfachste funktioniert*“⁴⁵ – eine innere Gewissheit, dass auch der x-te Spezialist, die x-te Spezialistin nicht wird helfen können, und dass sämtliche vorgeschlagenen Medikamente, Diäten oder sonstigen Maßnahmen „*grundsätzlich ausschließlich neben-, aber sicher nicht wirken*“⁴⁶ werden. Berichtet wird (der Begriff steht für die Distanzierung, mit der gesprochen wird) ein profundes Misstrauen, als ob der eigene Körper ein Feind wäre, von dem man immer und überall Angriffe zu gewärtigen hätte – und eine dementsprechende Distanz, Skepsis und Abneigung ihm gegenüber. Der Körper erweist sich als unerschöpflicher Agent von Leiden, quasi als ewiger Gegner, er wird verabscheut und verachtet – letzteres häufig auch in ästhetischer Hinsicht.

Emotionen

In Therapien mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben, tritt meiner Erfahrung nach kaum ein tobender Hass zutage, sondern vielmehr ein – auch verwirrender – Wechsel zwischen Phasen ausgeprägter Empfindungslosigkeit bzw. Gefühlstaubheit und Phasen, in denen das Erleben als „*absolut arg*“, „*total schrecklich*“, „*katastrophal*“⁴⁷ oder ähnlich geschildert wird. Ersteres wird mit Sätzen wie „*Ich spüre gar nix*“, „*Ich weiß gar nicht, wie's mir geht*“⁴⁸ (nota bene ohne dämpfende Substanzen und auch nicht infolge eines dissoziativen Geschehens) beschrieben. Die andere Phase drückt sich etwa in Äußerungen wie „*Das ist so heftig, das ist dermaßen arg, ganz, ganz schrecklich ... dieses Gefühlzeugs*“⁴⁹ aus. Nur Ängste vor der Unkontrollierbarkeit des Lebens, des Körpers und der Gefühlswelt werden meist klar benannt. Im Anschluss fallen Sätze wie „*Und dann kommt wieder dieser Selbsthass*“, „*Dann hasse ich mich wieder total*“⁵⁰. Die profunde Abscheu vor sich selbst, ausgeprägte Distanziertheit und persistente Kälte sind in solchen Prozessen auch sehr deutlich spürbar.

Wahrnehmung und Selbstkonzept

Menschen, die Selbsthass (er-)leben, weisen einen ausgeprägt negativen Selbstwert auf. Besonders bemerkenswert ist, dass sich das vor allem in der Sphäre der Wahrnehmung abspielt, in einer immer wiederkehrenden, scharfen Wahrnehmung, dass Körper, Geist, Wesen und die Person insgesamt mangelhaft wären, dass sie wertlos wären, versagt hätten und wieder versagen würden. Der Aspekt der Annahme, die letzteres bei genauerer Betrachtung ist, wird nicht realisiert. Vielmehr handelt

es sich um eine Gewissheit, um eine zweifellose innere Sicherheit. Darin ist das Selbstkonzept als sehr rigide zu bezeichnen. Die Kreativität, davon diskrepante Erfahrungen abzuwehren, kann äußerst ausgeprägt sein – sie kann etwa darin liegen, sich trotz brillanter Karriere für einen beruflichen „*Total-Versager*“⁵¹ zu halten.

Sozialverhalten

Selbsthass, den Menschen (er-)leben, wirkt – kaum verwunderlich – stark isolierend. Auf der einen Seite steht die Grundannahme, die aber (s. o.) als Wahrnehmung und Gewissheit erlebt wird, dass man „*hassenswert*“, „*das Letzte*“⁵² u. ä. sei, dem Anbahnen, Aufnehmen und Halten zwischenmenschlicher Beziehungen sehr entgegen. Andererseits ist – zumindest meiner Erfahrung nach – meist auch ein profundes Misstrauen gegenüber anderen Menschen gegeben, genährt durch starke Ängste, von anderen enttäuscht zu werden und sie zu enttäuschen. Damit in Zusammenhang steht m. E., dass diese Menschen sehr darunter leiden, in ihren Sozialbeziehungen unauthentisch zu agieren. Anderen „*vorzuspielen*“, man wäre „*ein ganz normaler Mensch*“, bei dem „*alles in bester Ordnung ist*“⁵³, kann sehr anstrengend sein und wird zudem als neuerlicher „*Beweis der eigenen Unzulänglichkeit*“⁵⁴ interpretiert.

Theoretische Überlegungen

Wie lässt sich Selbsthass in die personenzentrierte Persönlichkeitstheorie einordnen? Ein Ansatz zum Verständnis der beschriebenen, durchaus verwirrenden Diskrepanz zwischen anfänglicher Gefühlstaubheit und nachfolgender Angst- bzw. Aversionsüberflutung findet sich bei Hutterer (1992, S.168): „*Klienten, die von einem fehlenden, zerstörten oder brüchigen Selbst [sprechen], sind potenziell einem unkontrollierbaren und nicht assimilierbaren Erlebnisfluß ausgesetzt, weil eine kohärenzstiftende Funktion des Bewusstseins fehlt oder außer Kraft ist [...]*“ Es ist also besser, nichts zu spüren als nicht assimilierbarem Erleben ausgesetzt zu sein. Das gilt für Senecas oben genannte „*Geschenke des Glücks*“ (auch Glück kann nicht assimilierbar sein) ebenso wie für den Befund aus der Praxis, dass solche Menschen etwa die Entwicklung rekreativer Fähigkeiten fast um jeden Preis vermeiden. Dass das zu andauerndem „*Schlecht-Gehen*“⁵⁵ beiträgt, ist eine folgerichtige Konsequenz: „*Wie es mir geht, ist mehr eine gerechte Strafe als ein Unglück*“⁵⁶, lautete in diesem Kontext eine bedrückende Klienten-Äußerung. Ins Negative verzerrte Symbolisierungen zeigen also an, dass es existenziell wichtig zu sein scheint, das negative Selbstkonzept aufrechtzuerhalten, auch wenn das nur mithilfe situationsinadäquater bis realitätsferner

Konstrukte möglich ist. Deren Massivität und Redundanz können therapeutinnen- bzw. therapeutenseitig durchaus frustrierend wirken – ein Umstand, der vielleicht dazu beitrug, sie mit Konstrukten wie dem „inner critic“ (vgl. Gendlin, 1981, S. 98) fassen zu wollen, Methoden, mit diesem „inner critic“ in Dialog zu treten zu entwickeln (Vahrenkamp & Behr, 2004, S. 228ff) oder ihn wie Stinckens et al. (2013a, S. 59ff) mit „process-markers“ gleichsam dingfest machen zu wollen. Die Persistenz von Selbsthass und seiner Wirkfelder lässt sich m. E. jedoch besser begreifen und annehmen, wenn man sich Rogers' Diktum „Erfahrung ist für mich die höchste Autorität. Der Prüfstein für die Gültigkeit ist meine eigene Erfahrung“ (1961a/1973, S. 39) vor Augen hält: Im ursprünglichen Kontext hat Rogers das auf die therapeutische Situation und auf sich insgesamt bezogen. Das darf für Menschen, die Selbsthass (er-)leben, ebenso gelten: Hass auf sich selbst zu *erfahren*, macht ihn in der Sicht des Betroffenen äußerst glaubwürdig, und davon ist notgedrungen kaum Abstand zu nehmen. Was wird erfahren? Wertlosigkeit, Schwäche, Mangel, Mühsal, Scheitern, Ängste, Isolation etc., also gerade „negative“ Gefühle, Einstellungen und Dispositionen werden gewahrt (vgl. Rogers 1959a, S. 202) und verfestigen wiederum das negative Selbstkonzept. Somit lässt sich die Persistenz von Selbsthass samt seinen (realitätsfernen) Stabilisierungsstrukturen als beständiges Herstellen einer Übereinstimmung mit einem negativen Selbstkonzept verstehen – was einer Inkongruenz von Selbstkonzept und abgewehrter organismischer Erfahrung (vgl. Pawlowsky, 1992, S. 129) entspricht, deren Assimilation zu beängstigend wäre. Wie dieser Prozess im Detail verstanden werden kann, stellt Hutterer (1992, S. 159) folgendermaßen dar: „In der Auseinandersetzung mit seiner Umgebung formt der Prozeß der Selbsterfahrung ein Subsystem, das für den Organismus als Selbstkonzept [...] im eigenen Erfahrungsfeld als unterscheidbares Wahrnehmungsobjekt differenzierbar wird. Die Entwicklung des Selbst bedeutet die Heraufdifferenzierung eines Subsystems in Richtung einer relativen Autonomie, d. h. dieses Subsystem ‚Selbst‘ ist mit einer Eigengesetzlichkeit ausgestattet, die zwar von der Dynamik der Aktualisierungstendenz getragen und gespeist wird, jedoch neue Orientierungsfunktionen entwickelt. Das vom Bewußtsein gestiftete Subsystem ‚Selbst‘ entwickelt gegenüber dem physischen Organismus als ‚selbstlose Einheit‘ [...] eine eigenständige Dynamik der Durchlässigkeit bzw. Abschirmung gegenüber anderen externen oder internen Systemen.“ Mit der Beschreibung eines „fehlenden, zerstörten, brüchigen Selbst“ macht Hutterer (ebd., S. 168) auch deutlich, dass Menschen sich so weit „versteigen“ können, dass sie gleichsam verlorengehen. Alle diese Aspekte sind im Lauf der einen oder anderen Sitzung zutage getreten. Vordergründig betrachtet ist es aber eher so, dass durch die Persistenz des Selbsthasses der

Eindruck eines starken, souveränen, unerschütterlich mächtigen Selbst entsteht. Diese Differenz wird sich durch die Diskussion der Ätiologie außerordentlich negativer Selbstkonzepte weiter aufklären lassen.

Überlegungen zur Ätiologie

Lebensgeschichtliche Aspekte

Da zu Therapiebeginn bei den Betroffenen eine ausgedehnte Gefühlstaubheit und ein sehr gehemmter Zugang zur aktuellen Empfindung bzw. Emotionalität vorliegen und relativ lang andauern, verwundert es kaum, dass in dieser Phase sozusagen „viele Geschichten erzählt“ werden. Tatsächlich handelt es sich aber um – zumeist nüchtern reportierte – „persönliche Geschichte“. Dabei wird meiner Erfahrung nach immer deutlich, dass Menschen, die Selbsthass (er-)leben⁴, eine äußerst unglückliche Kindheit durchlebt haben: Die familiären Hintergründe waren gesichert, ohne existenzielle Bedrohung. Was in allen Erzählungen aber zutage trat, waren Eltern, die mit dem Kind „*nichts am Hut*“^{**} hatten. Es ging ums „*Funktionieren*“, darum, „*keine Probleme zu machen*“, „*in der Ausbildung nicht zu versagen*“, um ein „*Du hast Essen, Trinken, ein Zimmer, Klamotten – und Schluss*“^{**}. Das klingt zwar nicht sympathisch, aber es klingt auch nicht traumatisch. Dennoch ist im Lauf der Therapien bei all diesen Klientinnen und Klienten überdeutlich geworden, dass sie in ihrer Kindheit schwer traumatisiert worden sind, aber kaum im Sinne einzelner, unbewältigbar krisenhafter Ereignisse, sondern in einem krisenhaften Prozess andauernder Missachtung und Herabsetzung. Deutlich wurde, dass sie als Kinder nicht wirklich geliebt wurden und zu wenig Wärme verspürten. Interesse gab es nur für schulische Leistung, nicht für die Kinder an sich, und auch kein Hinschauen auf ihr Wesen. Seitens der Familien waren kaum innere Ressourcen für die Kinder da, aber „*Spott*“, „*herzloser, kalter Umgang*“ und „*strenge Erziehung*“^{**}. Es wurde das Gefühl vermittelt, ein Störfaktor zu sein. Demütigungen und Herabwürdigungen waren bei allen gleichsam an der Tagesordnung und wurden als schmerzlicher und verletzender berichtet als körperliche Gewalt. Diese Kinder waren äußerlich gut versorgt, aber sehr allein und ausgesetzt. Sie wurden emotional vernachlässigt und in ihrer „*Eigenartigkeit*“^{**}, in ihrer Person über Jahre hinweg missachtet. Unter dem Druck der Schilderungen nahm es oft Wunder, dass diese Kinder in einem solchen Liebesvakuum überhaupt überleben konnten – dennoch wirkte die Aktualisierungstendenz hinreichend. Sie haben überlebt mit

4 In meinem Fall zu Therapiebeginn sämtlich zwischen 25 und 35 Jahre alt.

dem, was ihnen abverlangt wurde, und was sie seither für sich selbst „ausmacht“: mit Leistungsfähigkeit, Leistungswillen und auch Leistungssucht, die das Leben jetzt so überfordernd und schwer machen, aber gleichzeitig Halt sowie Inhalt geben, und auch mit der aus dem Selbsthass resultierenden überzogenen Selbstkritik, „weil gar nichts an mir passt“*.

Tiefenpsychologische Beiträge zu einem personenzentrierten Verständnis

Bereits 1926 erkannte Alfred Adler mit genauem und wohlmeinendem Blick die Auswirkungen vieler der oben referierten Verletzungen von Kindern „auf den Bestand ihres Wesens“ (Adler, 1926/1976, S. 46f) als Erwachsene, nämlich Ausweichen vor Beziehungen, Gefühlsscheu, Angst vor Abhängigkeit und Versagen: „[...] wenn sich dieser [Zärtlichkeitstrieb] in der Familie nicht entfaltet, besteht die Gefahr, dass es in späterer Zeit nur schwer gelingen wird, einen Menschen [...] zu einem regen Austausch von Zärtlichkeiten [...] zu bewegen. Es wird zum Bestand seines Wesens werden, zärtlichen Regungen und Beziehungen auszuweichen [...] besonders bei Kindern der Fall, die öfter Gegenstand des Spottes sind. Man wird sie von einer Gefühlsscheu beherrscht finden, derzufolge sie jede Regung von Zärtlichkeit, von Liebe zu einem anderen als lächerlich [...], als Regung betrachten, die sie in eine Hörigkeit [...] bringt und sie in den Augen der anderen Menschen herabsetzt“ (ebd.).

Gruen vertiefte das Verständnis dieses Prozesses um den Aspekt der inneren Verfremdung durch mangelnde Akzeptanz seitens der Eltern, der zu beständiger Selbstbestrafung (s. o. „*mehrgerechte Strafe als Unglück*“*) führe. Überdies machte er deutlich, dass es in der Elternschaft nicht nur um Liebe im Sinne von Akzeptanz, sondern auch um Interesse, Hinschauen und Hinwendung geht: „Der Fremde in uns ist der Teil von uns, der uns am meisten eigen ist [...], der Teil, der wirklich uns selbst gehört, der uns aber abhandenkam, weil wir kein Echo dafür bekamen, schlimmer noch: weil dieser Teil [...] von den Eltern [...] nicht angenommen wurde, [...] der Teil, der eigentlich mit uns, wie wir hätten sein können, am meisten zu tun hat. Und das ist unsere Tragödie: Wenn dieser Teil von uns selber zum Fremden wird, dann sind wir [...] auf der Jagd nach diesem Teil, aber nicht in einem positiven Sinn. Wir suchen immer wieder den Kontakt zu diesem [...] Teil, um ihn zu bestrafen, um ihm Gewalt anzutun, wir wollen ihm das antun, was wir in unserer eigenen Geschichte erlebt haben“ (Gruen, 2001, S. 11). Tatsächlich ist Menschen, die Selbsthass (er-)leben, besonders zu eigen, über die eigenen, menschlichen (bzw. organismischen) Bedürfnisse hinwegzusehen und -zugehen. In der Praxis zeigt sich, dass beim Aufkommen solcher Bedürfnisse „akuter“ Selbsthass auf dem Fuß folgt: „Indem das Menschliche zum Feind

erklärt wird, verteidigen wir den Zusammenhalt eines Selbst, das sich von seinen Bedürfnissen nach echter Liebe entschieden getrennt hat“ (Gruen, 2003, S. 38).

Es macht aber ebenso Sinn, das umgekehrt zu betrachten, nämlich dass Fremdes zu Eigenem wird, womit sich ein Bezug zu Anna Freuds (1936, S. 129) Konstrukt der „Identifikation mit dem Angreifer“ bzw. dem Aggressor ergibt: In einer ausgesetzten Lage wie der hier beschriebenen ist der Verzicht auf die eigene Position, indem man sich die Perspektive des Gegners aneignet, eine gängige Reaktion, die zweifach wirkt: Es hilft aus der Isolation und lässt zwischenmenschlich weniger Angriffsfläche zu, indem das Heil in möglichst glaubwürdiger Anpassung gesucht und – scheinbar – gefunden wird.

Personenzentriertes Verständnis

Ausgehend von Rogers' conditions of worth (vgl. 1959a, S. 226) beschreibt der PCA die problematische Auswirkung bedingter Wertschätzung durch relevante Bezugspersonen bei der Entstehung des Selbstkonzepts. „Vor allem die Selbstaktualisierung vollzieht sich in Abhängigkeit von der Realität, d. h. von der Erfahrung bestimmter sozialer Beziehungen“ meint Biermann-Ratjen (2010, S. 140) und spezifiziert (2011, S. 50): „... wir nehmen an, dass sich dieses [Selbstbild ...] in Erfahrungen entwickelt, in denen das Kind erlebt, dass es seinerseits empathisch verstanden wird.“ Darin liegt das Problem von Menschen, die Selbsthass (er-)leben, begründet: Sie haben überlebt, indem sie so geworden sind, wie Eltern, die nicht empathisch und akzeptierend (vgl. Biermann-Ratjen, 2016, S. 123) auf sie eingingen, es (wahrscheinlich) wollten: unproblematisch für die Eltern heißt auf der Seite des Kindes mit hoher Wahrscheinlichkeit unlebendig und starr – im Verhalten und in seinem *negativen Selbstkonzept*: „Es werden fremde [...] Bewertungsmaßstäbe internalisiert, auf deren Grundlage z. B. ein Ich-Ideal oder ein sog. Negatives Selbstkonzept entstehen kann“ (ebd., S. 115).

Die daraus entstehende Situationsunangepasstheit verstehen Stinckens et al. (2013a, S. 62) als Folge des (weitgehenden) Verlusts der Balance im dialogischen Austausch von Aktualisierungstendenz und sozialer Realität. Ein vertiefender Erklärungsansatz für das enorme Leid, das Menschen mit einem (persistent) negativen Selbstkonzept erleben, findet sich bei Binders (2011, S. 38f) Konstrukt einer angeborenen „Beziehungslust“. Warner (2013, S. 347) erweitert die von Rogers im Kontext der conditions of worth beschriebene Aneignung elterlicher bzw. fremdbestimmter Einstellungen um das Postulat der Entwicklung von Verarbeitungs- und Beziehungs-Fähigkeiten, die sich lebenslang zu aktualisieren versuchen: „(1) to hold experience in attention, (2) to modulate the intensity of experience, (3) to name experience in a way that resonates with the totality of the person's lived experience.“ Eine hinreichend

gute Entwicklung der ersten drei Fähigkeiten ermöglicht laut Warner die Entwicklung einer vierten Fähigkeit: „to take in the experience of another person without feeling that one's own experience has been annihilated.“ Die vorne beschriebene Gefühlstaubheit könnte m. E. einem Defizit bei Warners Fähigkeit Nr. 1 entsprechen, die als unaushaltbar beschriebene Überflutung mit Emotion einem Mangel bei Nr. 2, der Unwille und die Unfähigkeit, Gefühle zu reflektieren, könnten einem Defizit bei Warners Fähigkeit Nr. 3 entsprechen, und die weitgehende Selbstentfremdung einem Mangel bei Nr. 4 (mehr dazu im nächsten Kapitel).

Zusammengefasst machten die beschriebenen Kinder über lange Zeit fortlaufend die Erfahrung, den Ansprüchen der Eltern im Wesentlichen nicht zu genügen, vor allem aber deren Liebe und Beachtung nicht wert zu sein. Ihre ebenso von klein auf andauernde Erfahrung war, dennoch von unempathischen, nicht akzeptierenden Eltern abhängig zu sein. Ein Anpassungsdruck infolge der Differenz zwischen dem Bedürfnis, „ich selbst zu sein“ bzw. organismische Erfahrungen zu realisieren und dem Entsprechen elterlicher Bedürfnisse entstand. Eigenes wurde fremd, Fremdes zu Eigenem. Dieses Fremde ist ein ziemlich fest gefügter „Fremdkörper“ geworden, in den sich die Betroffenen kaum bzw. nur ungern einfühlen – ein Fremdkörper, der sich in einer Art starren Fragilität bzw. fragilen Starrheit von organismischen Regungen abschottet. In dieser Hinsicht wird aber auch das Positive daran begreifbarer, das „Mysterium“, warum solches überlebt wird: Die Aktualisierungstendenz wird nicht völlig überwältigt, sie bleibt in Wirkung und auch in dieser fortwährenden „VerNICHTung“ am Leben. Damit besteht zumindest die Chance auf Entwicklung, Wachstum und Veränderung, die hoffentlich irgendwann im Leben ergriffen wird, etwa in einer Psychotherapie oder auch in der Kunst.

Unmögliches und Mögliches – zur Begegnung in der Therapie

Äußerungen von Menschen, die Selbsthass (er-)leben, gemahnen mitunter an die verzweifelten Klagen Hiobs (Hiob, 16.6; 16.7; 10.1). Oben wurde schon geschildert, wie „stark“ manche dieser Menschen in ihrem Selbsthass wirkten, dabei aber auch unzugänglich und unerreichbar. Oft entsteht bei mir der Eindruck, von einem solchen Gegenüber quasi abzurutschen, als ob es eine undurchdringliche Schicht gäbe, und das bei aller therapeutischen Bemühung, in Beziehung zu kommen. Wenn es in der Therapie nicht früher oder später gelingt, in eine Art Fließen vom einen zum anderen, von der anderen zur einen zu kommen, ist üblicherweise mit einem klienteninduziertem Therapieabbruch zu rechnen, jedoch nicht bei diesen Menschen: Wir treten auf der Stelle, ich pralle ab, komme nicht in

Berührung, aber die Klientinnen und Klienten kommen trotzdem verlässlich zur Therapie. Wie ist das zu verstehen?

Der (vergebliche) Kampf mit dem inneren Kritiker

Selbsthass ist gleichsam eine radikale Gegenposition zu den personenzentrierten Haltungen von Akzeptanz und Wertschätzung: Vertrauen versus Misstrauen, emotionale Wärme versus emotionale Kälte, Empathie versus Ablehnung bestimmen die Dynamik solcher Therapien. Vahrenkamp und Behr führen in Bezug darauf an, dass viele Therapeuten ihre Arbeit als Versuch begreifen, „Klienten von destruktiven, selbstabwertenden Gedanken oder den Auswirkungen eines aggressiven Super-Egos zu befreien“ (Vahrenkamp & Behr, 2004, S. 229)⁵. Dieser Versuch bedeutet aber auch, von der Grundhaltung her einen Konflikt mit dem Gegenüber zu haben bzw. in ihn zu geraten: Manchmal ist es tatsächlich schwer auszuhalten, wenn jemand an sich selbst überhaupt nichts Gutes mehr lässt. Es ist durchaus verständlich, dass ein solches Erleben buchstäblich danach schreien kann „[...] to] develop a concept of therapeutic work with destructive self-criticism [...] a kind of manual that guides therapists through the important points and critical situations in their clients' inner dialogues“ (ebd.). Vahrenkamp und Behr definieren diesen auf Gendlin zurückgehenden „inneren Kritiker“ als Partial-Ego (ebd., S. 230). Die Massivität, das enorme Ausmaß der Selbstabwertung und der destruktiven, aversiven Haltungen bzw. Äußerungen macht ein akzeptierendes therapeutisches Standhalten auch meiner Erfahrung nach mitunter äußerst schwierig. Der Impuls, diese Massivität segmentieren zu wollen, indem ein „innerer Kritiker“ im Sinne eines Partial-Egos gleichsam als Container für die übermäßig kritischen Aspekte der Person eingeführt wird, ist verständlich. Produktiv für meine therapeutische Beziehungsgestaltung mit diesen Menschen empfinde ich dies dennoch nicht, ausgenommen, die Klientin oder der Klient spricht selbst von einer „inneren Stimme“ oder „Teilpersönlichkeit“. Dann läge eine klientenseitige Wahrnehmung oder Symbolisierung vor, die selbstverständlich anzunehmen ist. Ist das nicht der Fall, empfinde ich persönlich in dieser Konstruktion ein Aufgeben der gesamtgesellschaftlichen Sicht auf den Menschen, die für mich nicht nur die Humanität, sondern auch die Attraktivität und die therapeutische Potenz des PCA ausmacht. „Silence the Inner Critic – directly or indirectly; Silence the Inner Critic by directly defeating it, to free the person; Accept and bypass the Inner Critic to let it fade; Accept the Inner Critic and ask it what it wants; reduce dysfunctional interactions between the Inner Critic and other partial egos; Activate a moderating function to prevent the Inner Critic from being authoritarian or helpless“ führen

⁵ Übersetzung der Autorin

Vahrenkamp & Behr (2004, S. 231ff) als Strategien – eigentlich eher als Techniken – für die Arbeit mit dem „inneren Kritiker“ an. M. E. wird damit dem PCA – nicht zuletzt wegen des zweckgerichteten Hintergrunds – der nicht-direktive Boden abgegraben, was sich auch kontraproduktiv auf die Beziehung auswirkt. Knapp zehn Jahre nach Vahrenkamp und Behr haben Stinckens et al. (2013a, S. 63) in einer Literaturrecherche gründlich und systematisch versucht, Prozessmerkmale der Arbeit mit dem „inneren Kritiker“ im Sinne einer Mikrotheorie weiterzuentwickeln. Die Beschreibung der Phänomene deckt sich mit vielen meiner eigenen Wahrnehmungen. Prozessmarker zu definieren („Not rooted in experience, Non-Nuanced, Non Situation-specific, No moral authority, Dysfunctional“; ebd. S. 64f) ist sinnvoll, wenn Äußerungen von Selbsthass schnell greifbar beschrieben werden sollen. Gleiches gilt für die Taxonomie, falls man die Existenz eines „inneren Kritikers“ postuliert. Falls man dies nicht tut, ist damit immerhin eine gute Beschreibung der Tönungen der selbsthassenden Haltung gegeben: „Degrading/undermining, Punitive/accusatory, Overdemanding/controlling, Subservient/neglectful, Distant/avoidant, Domineering/compensating“ (ebd., S. 70). Im zweiten Teil der gegenständlichen Arbeit – jenem über den therapeutischen Ansatz – findet sich eine Art Kurzfassung, wie mit dem „inneren Kritiker“ zu verfahren sei: „In the successful episodes therapists flexibly alternated between distancing the inner critic, attuning to it or shifting the attention toward the underlying organismic experiencing, dependent on the zigzag motion that the critic was making“ (Stinckens et al., 2013b, S. 155). Mir drängt sich die Frage auf, ob es sich dabei nicht doch darum handelt, der Person der Klientin bzw. des Klienten zu folgen, auch wenn man sie vielleicht als „inneren Kritiker versteht“ – zumal Rogers bereits 1940 pointiert formulierte: „Zum ersten Mal betont dieser Ansatz die therapeutische Beziehung selbst als Wachstumserfahrung [...] Hier ist der therapeutische Kontakt selbst eine Erfahrung des Wachstums [...] In mancher Hinsicht neige ich zu dem Gefühl, dass dies der wichtigste Aspekt des Ansatzes ist, den ich zu beschreiben versuche“ (Rogers, 1940b/1992, S. 23).

Auch ohne die genannten Konstrukte bzw. Techniken zu bemühen, kann man gegenüber Menschen, die Selbsthass (er-)leben, dennoch leicht in Versuchung geraten, ihn da oder dort durch das Einbringen von etwas Positivem ein wenig abzumildern – was zu verschärfter Distanzierung von Seiten der Klientin bzw. des Klienten führt. Mit Gutberlet (1990, S. 29) lässt sich dieser Effekt als „Behinderung der Lebendigkeit, die in destruktivem Erleben gebunden ist“ verstehen. Ähnliches gilt auch für die Zuwendung: Die Therapeutin wendet sich „offensiv“ zu, und das Gegenüber verschließt sich völlig. Die Reflexion ergibt, dass es für einen Menschen, der Selbsthass (er-)lebt, entsetzlich bedrohlich sein kann, sich „annehmen zu sollen“, eine Bedrohung, der er sich fast um jeden Preis verweigern muss. Wenn

die Therapeutin diese Bedrohung in den Prozess einbringt, entwickelt sich die therapeutische Beziehung zu einer Art Abwehrkampf. „Gelegentlich gelingt es [...] den Menschen, ohne dass er selbst initiativ werden muss, so lange einem Klima des Akzeptierens auszusetzen, dass er sich selbst als anerkannt erfährt“, schrieb Rogers (1961a/1973, S. 137). Jede personzentrierte Therapeutin, jeder personzentrierte Therapeut setzt darauf, aber es darf nicht vergessen werden, dass dieser Mensch dem auch *ausgesetzt* ist. Bei Menschen, die Selbsthass (er-)leben, bedeutet das eine Bedrohung an einem vitalen Punkt, denn Selbsthass nimmt einen zentralen Platz in ihrem Selbstkonzept ein. Auch das bloße Angebot des Auf- und Annehmens kann eine Bedrohung darstellen, die ein „Zumachen“, ein „Steckenbleiben“ usw. fördert.

Hinhören, anerkennen, folgen – gerade auch im fragilen Prozess

Welche Auswege gibt es aus diesem Dilemma? Schmid (2007, S. 41f) beschreibt einen in nuce: Sich als Therapeutin zu öffnen, wirklich anzunehmen, einfühlend zu verstehen versuchen, was das Gegenüber eröffnet. Hin-Hören, An-Erkennen, Folgen – diesem Du gegenüber, genauso wie es sich (er-)öffnet oder auch nicht (er-)öffnet. Psychotherapie, als Du-Ich-Beziehung verstanden, hat ihren Anfang im Du, also in einem Gegenüber, das selbst bestimmt, inwieweit es sich (er-)öffnet. Therapeutin und Therapeut haben zu folgen, wie klein, zögerlich, misstrauisch und passager auch immer diese Öffnung ist. Es gilt ohne Wenn und Aber dem zu folgen, was auch immer eröffnet wird, also auch dem totalen Selbstzweifel, der Hoffnungslosigkeit und der Verzweiflung darüber, die immer wieder neu gegenwärtig werden. „Unconditional positive regard is the factor that frees the client from ‚conditions of worth‘ [...] It is the facilitation of freedom from these conditions that incorporates organismic experiences into the self-structure“ weist auch Bozarth (2013, S. 182) einen Weg aus dem beschriebenen Dilemma.

Geht die Therapeutin bzw. der Therapeut von sich selbst aus (und damit z. B. auch von der Hoffnung auf Entfaltung), führt die therapeutische Beziehung m. E. in einen Clinch. Dasselbe gilt, wenn die Bedürfnisse der Therapeutin nach Fortschritt in der Therapie oder nach Entlastung ihres Gegenübers wichtiger genommen werden als dessen Bedürfnis, in seinem So-Sein akzeptiert zu werden: Es geht darum, auch die schwierigsten Aspekte und das vermeintlich zu zögerliche Tempo des Gegenübers bedingungslos „an-zuerkennen“. Darin steckt zweierlei: das Erkennen und das Anerkennen. Meiner Erfahrung nach impliziert mangelnde (Selbst-)An-Erkennung (als Euphemismus für Selbsthass) auch mangelndes Erkennen. Sich als Therapeutin bzw. Therapeut um besonders genaues Erkennen zu bemühen und Erkanntes möglichst präzise zu formulieren, unterstützt das An-erkennen auf beiden Seiten. Dieses

„An-Erkennen“ drückt Achtung, Respekt, Achtsamkeit und im Lebensbezug dieser Menschen jedenfalls so etwas wie Interesse aus – und kann somit eine korrigierende Beziehungserfahrung sein. Es geht dabei um ein genaues Hinhören: Was hören wir, wenn etwa Hoffnungslosigkeit angesprochen wird? Keine Hoffnung bedeutet, dass die Situation sich in den Augen des Gegenübers niemals ändern wird. Dem eine Perspektive gegenüberzustellen oder Vertrauen ins Wachstumspotenzial einfließen zu lassen, bedeutet nicht wirklich hingehört zu haben. Zuversicht oder Hoffnung⁶ der Therapeutin sind demnach schlechte Antworten auf Zweifel und Hoffnungslosigkeit ihres Gegenübers und können weder auf der emotionalen noch auf der kognitiven Ebene ankommen. „Hass vernebelt den Blick“ heißt es – „auch auf sich selbst“ wäre zu ergänzen. Umso wichtiger ist es, dass die Therapeutin möglichst genau hört, schaut, spürt und auch formuliert. In diesem Zusammenhang ist nochmals auf Warner zurückzukommen: Die von ihr genannten Defizite versteht sie als Indikatoren für das Vorhandensein eines „fragilen Prozesses“ und moniert: „Therapists often greatly underestimate how sensitive clients are when they are in the middle of fragile process.“ (Warner 2013, S. 351). Meines Erachtens spricht sehr viel dafür, selbsthassendes Erleben – insbesondere auch *in* den Sitzungen – unter diesem Gesichtspunkt zu betrachten und die geforderte Sorgfalt walten zu lassen.

Präsenz, Geduld und Kongruenz

Bei genauem Hinschauen lässt sich erkennen, dass das verlässliche Dasein überraschend konsequent angenommen wird. Meiner Erfahrung nach gibt es von Seiten der Klientinnen und Klienten eine Tendenz, das persönliche Leiden, vor allem was Sozialbeziehungen betrifft, durch das Aufsuchen und (Aus-)Halten des psychotherapeutischen Beziehungsangebotes wenigstens abzumildern: „Warum kommt sie zu mir? Was sucht er bei mir?“, solche Fragen haben sich mir zwar bei diesen Therapien sehr oft aufgedrängt, auch weil der Therapieprozess sehr hartleibig, zäh und über lange Strecken für die Betroffenen wenig entlastend zu verlaufen schien. Auffallend ist dabei jedoch die sehr geringe Sitzungs-Absagequote und der Umstand, dass ich in solchen Fällen noch keinen Therapieabbruch zu verzeichnen habe. In der Reflexion wurde mir klar, dass „bei mir zu sitzen“ auch bedeutet, bei jemandem zu sein, dem zwar geradezu eingebläut wird, wie hassenswert man ist, der aber trotzdem nicht hasst – was *im Lauf der Zeit* durch den weiteren

Aufbau von Beziehung in der Therapie als heilsam empfunden werden kann (vgl. Schmid, 2005, S. 9). Die Therapie ist ein „Zeit-Raum“, in dem die Therapeutin verlässlich und sicher da ist. Sie ist auch ein „Beziehungs-Raum“, in dem die Therapeutin „drinnen“ bleibt. Auch wenn ich als Klientin „*schwierig bin*“⁶; als Klient „*mein Gwirx dauernd auf den Tisch knalle*“⁶: Sie ist für mich da. Sie bleibt bei mir, in einer nicht wertenden Präsenz, „*egal, wie ich mich aufführe*“⁶; also buchstäblich durch Pech und Schwefel. Vom theoretischen Verständnis findet sich zu diesem ebenso unspektakulären wie meiner Erfahrung nach dennoch stark wirksamen Aspekt solcher Therapieprozesse ein Bezug etwa bei Schmid's präsenz-fokussiertem Verständnis des Personzentrierten Ansatzes („Hier bin ich“ ist alles, was es zu tun gilt – gerade auch in der Therapie“; Schmid, 2009, S. 162). Da zu sein und zu bleiben heißt auch, jemanden nicht fallen zu lassen. Die Verlässlichkeit der therapeutischen Beziehung kann eine Loyalität ausdrücken, die so bisher nicht erlebt wurde, was wiederum eine korrigierende Beziehungserfahrung bedeutet. Die stationäre Anmutung dieses „einfach Da-Seins“ ist meiner Erfahrung nach nur eine vermeintliche: Bewegung und damit Entwicklung finden statt, aber in einem sehr sorgsamem, ganz nahe am zögerlichen Gegenüber Dranbleiben, wie das Warner für die Therapie von Menschen in fragilen Prozessen beschreibt: „Yet, at vulnerable moments, a client may even need to hear the therapist's understanding in almost his or her exact words to feel understood...“ (Warner, 2013, S. 351) – und es gibt sehr viele „vulnerable Momente“ in Therapien mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben.

Wo bleibt im nun Beschriebenen die Psychotherapeutin? Sie hört, anerkennt und folgt, so gut es geht. Sie ist präsent, und sie ist darin kongruent. Meiner Erfahrung nach können Menschen, die Selbsthass (er-)leben, es auch ganz gut nehmen, wenn ich etwa wirklich in Sorge um sie gerate. Wenn es mir zu wild wird mit dem Selbsthass, wenn ich z. B. Angst um sie bekomme und das auch äußere: „Sorry, ich weiß, dass Sie das anders empfinden, aber *ich mache mir jetzt* wirklich Sorgen um Sie“, „Es tut mir leid: Aber dass Sie sich da so sehr beziehtigen, tut *mir* schon echt weh“ oder ähnlich. Im PCA hat Differenz durchaus Platz (vgl. Schmid, 2008, S. 25). Wenn ich mich so – auch mit meinen Gefühlen des Scheiterns – einbringe, entdecke ich bei meinem Gegenüber ein winziges Staunen, ein kleines Aufmerken, ein zögerliches, aber berührtes „Sie-sorgt-sich-um-mich“ im Blick, oder auch ein „Kann das sein, dass sie sich sorgt?“. Das sind Momente, wo klar wird, dass es gut geht. Wir teilen einen Moment, der nur ein Moment ist, aber trotzdem wertvoll, weil da Begegnung und Berührung ist und auch gespürt wird. An diesem Punkt beginnt ein Prozess⁷, der im Sinne von

6 Wie ambivalent Hoffnung in der Psychotherapie betrachtet werden kann, wurde bei der 13th World Conference for Person Centered & Experiential Psychotherapy & Counselling vom 6–12 Juli 2018 in Wien mehr als deutlich – etwa bei Boharts Keynote-Vortrag „Listening as Being: Alternative to Hope“ oder Bazzanos Semiplenar-Vortrag „The Tyranny of Hope and the Transformative Tendency“.

7 Die Beschreibung, wie dieser Prozess weiterläuft, bedarf gesonderter Betrachtung.

Kabelka (vgl. 2005, S. 117) zutiefst konstruktiv ist und die Basis dafür bildet, sich um sich selbst anzunehmen und aus dem habituellen Hass herauszuwachsen. Der französische Philosoph Alain Badiou macht das Geschehen in solchen Momenten in seinem „Lob der Liebe“ (2011, S. 27f) noch deutlicher: „Was ist das für eine Welt, die ausgehend vom Unterschied und nicht von der Identität erforscht, praktiziert und gelebt wird? Ich denke, dass das die Liebe ist.“

Schlussfolgerungen

Therapien mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben, können sehr herausfordernd sein, weil Selbsthass sich auf Basis fortlaufender Traumatisierung bereits in der Kindheit konstituiert. Damit wird er zu einem zentralen, festgefügteten Teil eines ausgesprochen negativen Selbstkonzepts, das die Befriedigung organismischer Bedürfnisse (die der dennoch wirksamen Aktualisierungstendenz entspringen) als beängstigend empfindet und entsprechend stark abwehrt. Hinzu kommt, dass eine grundlegende Spannung bzw. ein Konflikt zwischen der therapeutischen Haltung der Akzeptanz und der grundsätzlichen Haltung des Gegenübers besteht, sich selbst radikal abzulehnen. Große therapeutische Sorgsamkeit, viel Geduld und ein nahes Dranbleiben am jeweiligen Erfahrungshorizont dieser Menschen sind nötig, um ihre bei aller scheinbaren Maschivität fragilen Prozesse nicht zu verschärfen. Therapien mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben, können bei aller Schwierigkeit dennoch konstruktiv sein, wenn das oben Angeführte ausreichend berücksichtigt wird, also vor allem personale Begegnung stattfindet und damit Entwicklung begünstigt wird, indem therapeutische Präsenz als eine den Selbsthass moderierende Instanz wirkt.

Literatur

- Adler, A. (1926/1976). *Menschenkenntnis*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Badiou, A. & Truong, N. (2011). *Das Lob der Liebe*. Wien: Passagen Verlag.
- Bentham, J. (1789/1992). An Introduction to the Principle of Morals and Legislation. In O. Höffe, *Einführung in die utilitaristische Ethik: Klassische und zeitgenössische Texte* (S. 55–61). Tübingen: Francke.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2010). Das Konzept der Aktualisierungstendenz bestimmt mein non-direktives Beziehungsangebot an den Klienten. *Person*, 14 (2), 139–140.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2011). Empathie heute. *Person*, 15 (1), 44–51.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz & Schwartz, H.-J. (2016). *Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Binder, U. (2011). Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen. *Person*, 15 (1), 37–43.
- Bazzano, M. (2018). *The Tyranny of Hope and the Transformative Tendency*. Semiplenarvortrag am 10. Juli 2018 im Rahmen der 13th World Conference for Person Centered & Experiential Psychotherapy & Counselling, 6.–12. 7. 2018. Abstract im Tagungsband S. 57. Wien: PCE18 Core OG.
- Bohart, A. (2018). *Listening as Being: Alternative To Hope*. Plenarvortrag am 9. 7. 2018 im Rahmen der 13th World Conference for Person Centered & Experiential Psychotherapy & Counselling, 6.–12. 7. 2018. Abstract im Tagungsband S. 54. Wien: PCE18 Core OG.
- Bozarth, J. D. (2013). Unconditional positive regard. In M. Cooper, M. O’Hara, P. F. Schmid, G. Wyatt (Hrsg.), *The Handbook of person centered Psychotherapy and Counselling* (S. 180–192). Houndmills, Basingstoke, Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. & Remschmidt, H. (2015/2018). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015.). Bern: Hogrefe Verlag.
- Freud, A. (1936/2018). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag: Wien. https://archive.org/stream/Freud_Anna_1936_Das_Ich_und_die_Abwehrmechanismen_k#page/n131/search/129 (abgerufen am 1. 4. 2019).
- Freud, S. (1920/2013). *Jenseits des Lustprinzips*. Stuttgart: Reclam.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam Books.
- Gutberlet, M. (1990). Wut, Hass, Aggression in der Gesprächspsychotherapie. Annäherung an ein vernachlässigtes Thema. *GwG Zeitschrift* 78, 26–30.
- Gruen, A. (2001). *Hass in der Seele. Verstehen, was uns böse macht*. Wien: Herder Spektrum.
- Gruen, A. (2003). *Verratene Liebe – Falsche Götter*. München: dtv.
- Hesse, H. (1925/1987). *Gesammelte Werke: Das Glasperlenspiel*. Berlin: Suhrkamp.
- Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematierungen. *Person*, 9 (1), 21–41.
- Hutterer, R. (1992). Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung. In R. Stipsitz, R. Hutterer (Hrsg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 145–171). Wien: WUV.
- Isele, G. & Stauss, H. (2016). Aktualisierungstendenz und Destruktivität. *PERSON*, 20 (2), 118–130.
- Kabelka, W. (2005). Das Inhumane in Modellen der Selbstorganisation. Über die Dummheit in der Autopoiese und die Brutalität der Aktualisierungstendenz. *Person*, 9 (2), 113–122.
- Pawlowsky, G. (1992). Wie werde ich wieder gesund? Wie heilt der personenzentrierte Ansatz? In P. Frenzel, P. F. Schmid, M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie* (S. 127–136). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Rogers, C. R. (1940b/1992). Einige neuere Konzepte der Psychotherapie. In R. Stipsitz, R. Hutterer (Hrsg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 15–38). Wien: WUV.
- Rogers, C. R. (1959a/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung*. München: Reinhardt. (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.), *Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of the person and the social context*. (S. 184–256). New York: McGraw Hill.)
- Rogers, C. R. (1961a/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1961: *On becoming a person. A therapist’s view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1980a). *A way of being*. New York: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1981f/2013). The Basic Conditions of the Facilitative Therapeutic Relationship. In M. Cooper, M. O’Hara, P. F. Schmid, G. Wyatt (Hrsg.), *The Handbook of person centered Psychotherapy and*

- Counselling* (S. 24–28). Houndmills, Basingstoke, Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.
- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen. *Person*, 9 (1), 4–20.
- Schmid, P. F. (2007). The anthropological and ethical foundations of person-centered therapy. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, G. Wyatt (Hrsg.), *The Handbook of person centered Psychotherapy and Counselling* (S. 30–46). Houndmills, Basingstoke, Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.
- Schmid, P. F. (2008). Resonanz, Konfrontation, Austausch. *Person*, 12 (1), 22–34.
- Schmid, P. F. (2009). „HIER BIN ICH“ – zu einem dialogischen Verständnis des personenzentrierten Ansatzes. *Person*, 13 (2), 155–165.
- Seneca, L. A. (58 n.Chr./1990). *De vita beata*. Stuttgart: Reclam.
- Skinner, B. F. (1971/1982). *Jenseits von Freiheit und Würde*. Reinbek: Rowohlt.
- Sternberg, R. J. & Sternberg, K. (2008). *The Nature of Hate*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stinckens, N., Lietaer G. & Leijssen M. (2013a). Working with the Inner critic: Process features and Pathways to change. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 12 (1), 59–78.
- Stinckens, N., Lietaer G. & Leijssen M. (2013b). Working with the inner critic: Therapeutic Approach. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 12 (2), 142–156.
- Stumm, G. (2010). Die Aktualisierungstendenz: eine Synopse in Thesen. *Person*, 14 (2), 135–138.
- Thibaut, J. W., Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Vahrenkamp, S. & Behr, M. (2004). The Dialog with the Inner critic: From a pluralistic self to client centered and experiential work with partial egos. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (4), 228–244.
- Warner, M. S. (2013). Difficult client process. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, G. Wyatt (Hrsg.), *The Handbook of person centered Psychotherapy and Counselling* (S. 343–358). Houndmills, Basingstoke, Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.

„Meine Zeit hat sich verändert!“

Prozessanalyse einer Psychotherapie mit einem emotional verwaorlosten Mädchen

Annina Paravicini

Liestal, Schweiz

Die Arbeit stellt eine gekürzte Form einer Prozessanalyse dar. Es wird die mehrjährige Therapie mit einer zu Beginn der Therapie 10½-jährigen Klientin mit Todesängsten, massiven Gefühlsausbrüchen und Kontrollzwängen nachgezeichnet und versucht, den Prozess zu erfassen, wie ihn die Therapeutin erlebt hat. Die Therapeutin war durch ihre personzentrierte Haltung stets bemüht, mit der Klientin so in Kontakt zu sein, dass diese sich in ihrem Erleben frei entfalten konnte und unterstützte so deren Selbstexploration. Sie verließ sich dabei vor allem auf die Aktualisierungstendenz und verzichtete bewusst auf gezieltes, technikgeleitetes Eingreifen, bot lediglich Spielmaterial zur Unterstützung der Symbolisierung des Erlebens. Es wird sichtbar, wie die Klientin in der Spieltherapie ihre innere Welt kennenlernt, indem sie sich ihrem inneren Erleben, ihren Bedürfnissen, Sehnsüchten, Enttäuschungen annähern kann und beginnt, sich behutsam mit diesem Erleben auseinanderzusetzen. Gleichzeitig zeigt die Arbeit, wie personzentrierte Spieltherapie ganz konkret vor sich geht. Die Namen der Personen und weitere Angaben, die Rückschlüsse auf die Klientin zulassen könnten, wurden geändert.

Schlüsselwörter: Prozessanalyse, therapeutischer Prozess, personzentrierte Spieltherapie, Selbstaktualisierung, Selbstentwicklung

“My time has changed”. **Process analysis with an emotional neglected child.** This work gives a shortened process analysis of a person-centered psychotherapy. The therapy with a 10½ year-old female client experiencing fears of death, emotional outbursts and symptoms of control compulsions is described – with one especial focus on the process the therapist has experienced. The therapist tried to be in contact with the client in a way, that the client could develop freely in her experience and supported in this way the client’s self-exploration. The therapist relied, above all, on the actualization tendency and consciously refrained from technically guided therapy interventions. She only offered game material to support the symbolization of the experience. In this play therapy the client becomes acquainted with her inner world by approaching her inner experience, needs, desires and disappointments. The paper shows very concretely how person-centered play therapy works. The names of the persons and other information that could allow conclusions about the client have been changed.

Keywords: process analysis, therapeutic process, personcentered playtherapy, self-actualisation, development of the self

Maria wird im Alter von 10½ Jahren vom Schulheim in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie angemeldet, wo ich im Delegationsverhältnis mit einem Kinder- und Jugendpsychiater arbeite.

Das Erstgespräch findet im Beisein der Mutter und der Bezugsperson des Schulheims statt. Seither kommt Maria regelmäßig in die Therapie, während eineinhalb Jahren einmal wöchentlich, danach alle zwei Wochen. Die Therapie ist zum

heutigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen und stellt für die inzwischen 14-jährige Jugendliche nach wie vor eine wichtige Konstante in ihrem Alltag dar. Die Therapeutin scheint eine wichtige, kontinuierliche Bezugsperson für Maria geworden zu sein.

Anmeldungsgrund / Ausgangslage

Die Anmeldung zur Psychotherapie bei uns in der Praxis erfolgte nach einem Abbruch einer vorhergehenden Psychotherapie, da Maria zum damaligen Psychotherapeuten kein Vertrauen fassen konnte.

Annina Paravicini lic.phil., geb. 1973, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP/pca, arbeitet als delegierte Psychotherapeutin in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis in Liestal, Schweiz.
Kontakt: annina.paravicini@hin.ch

Maria habe laut Bezugsperson kein Urvertrauen entwickeln können, leide unter Kontrollzwängen, massiven Gefühlsausbrüchen mit panischen Ängsten, auch Todesängsten, vor allem in neuen, unbekanntem Situationen. Kleinigkeiten würden sie in Stress bringen, wobei Maria mit heftigem Weinen, Abwehr und Aussagen wie: „das wird mir alles zuviel“ reagiere. Das Mädchen wirke auch ständig wie „unter Strom“, innerlich sehr angespannt, unter Druck und sehr impulsiv.

Dazu komme, dass sie von ihrem um zwei Jahre älteren Bruder vor wenigen Monaten sexuell belästigt worden sei.

Maria sei ein sehr soziales Kind mit einem großen Gerechtigkeitsgefühl, verhalte sich insgesamt äußerst angepasst und denke eher zuerst an die anderen als an sich selbst, habe Mühe, ihre Bedürfnisse zu äußern. Sie zeige eine große Angst vor Konflikten und Auseinandersetzungen und ein übergroßes Harmoniebedürfnis. Ich erhalte einen ersten Eindruck, dass das Mädchen wahrscheinlich in zentralen Bedürfnissen zu kurz kommt und dass es in der Therapie u. a. auch darum gehen wird, ihm einen Raum zu bieten, wo es sich nicht anpassen muss und mit seinen Bedürfnissen selber im Mittelpunkt stehen kann.

Anamnese

Entwicklungsanamnese

Maria wurde als drittes Kind geboren. Geburt und Schwangerschaft seien komplikationslos verlaufen. Die Mutter habe Maria vier Monate lang gestillt. Die motorische und sprachliche Entwicklung seien massiv verzögert verlaufen. Mit drei Jahren habe Maria noch kein Wort gesprochen, nur wie ein Tier geschrien. Im Alter von dreieinhalb Jahren habe sie begonnen, in Ein- bis Zweiwortsätzen zu sprechen. Die Sauberkeitsentwicklung sei erst im Alter von ca. sechs Jahren abgeschlossen gewesen.

In einer Abklärung am Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst wurden bei der damals knapp vierjährigen Maria nebst einer massiv verzögerten Sprach- und motorischen Entwicklung eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens und eine Bindungsstörung diagnostiziert, dazu unzureichende elterliche Steuerung und Grenzsetzung und seit Jahren bestehende Überforderung der Mutter. Maria erhielt daraufhin heilpädagogische Frühförderung. Es erfolgte die Einschulung in einen Sprachheilkindergarten und danach der Übertritt in die Einleitungsklasse einer Sprachheilschule.

Mit acht Jahren erfolgte der Übertritt in die zweite Klasse in ein Schulheim, vorerst ambulant. Zu diesem Zeitpunkt sei Maria laut Bezugsperson sehr verwahrlost gewesen, habe kaum mit Messer und Gabel essen können, sei sehr unruhig gewesen, habe sich kaum selbst beschäftigen können.

Mit neun Jahren erfolgte auf Wunsch der Mutter die Platzierung von Maria im Schulheim.

Familienanamnese

Die Mutter, in der Schweiz geboren und aufgewachsen, hat keine Ausbildung absolviert und heiratete mit 19 Jahren ihren ersten Mann, einen Asylbewerber. Aus dieser Ehe stammt der älteste Sohn, fünf Jahre älter als Maria. Der zweite Sohn, zwei Jahre älter als Maria, stammt aus der Ehe mit dem zweiten Mann, der ebenfalls einen Migrationshintergrund aufweist. Aufgrund von Gewalterfahrungen in der Ehe erfolgte erneut eine Scheidung und im selben Jahr die Hochzeit mit dem dritten Mann, dem leiblichen Vater von Maria, ebenfalls ein Mann mit Migrationshintergrund. Die Trennung vom Vater erfolgte kurz nach der Geburt von Maria. Zum Vater besteht seither kein Kontakt mehr.

Die Kindheit von Maria war geprägt von mehreren stationären Aufenthalten der Mutter in einer psychiatrischen Klinik aufgrund von psychischen Zusammenbrüchen und Suizidversuchen. In dieser Zeit wurde bei der Mutter eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die Kinder wurden jeweils in einem Heim notfallplatziert. Auch kam es zu Hause immer wieder zu massiven Krisen zwischen der Mutter und dem ältesten Sohn, welcher, als Maria zwei Jahre alt war, nach mehreren Kriseninterventionen in einem Kinderheim notfallplatziert wurde. Der jüngere Sohn wurde von einem mit der Mutter befreundeten kinderlosen Ehepaar als Pflegekind aufgenommen. Zu diesem Ehepaar pflegte die Mutter über mehrere Jahre ein großes Abhängigkeitsverhältnis. Auch Maria wohnte immer wieder längere Zeiten bei „Patin“ und „Pate“, wie sie die beiden nennt und pflegte eine fast unzertrennliche Beziehung zu ihnen, währenddessen sie sich immer mehr von der Mutter distanzierte.

Die Mutter fühlte sich von dem ‚Patenehepaar‘ zunehmend bevormundet und dominiert und trennte sich nach einem erneuten psychischen Zusammenbruch von diesem. Maria litt sehr unter diesem plötzlichen Beziehungsabbruch zu ihren Pateneltern.

Therapieverlauf

Erste Therapiephase (1.–9. Std.):

Was willst du von mir? Die große Verunsicherung

Inhaltlicher Verlauf

Die erste Therapiephase dauert vier Monate.

Zu Beginn der Therapie nimmt Maria von sich aus kaum eine Beziehung auf, bleibt zurückhaltend-distanziert. Sie wirkt

innerlich enorm gehetzt, unter Druck, nervös und unsicher. Alles muss sehr schnell gehen. Sie weiß zu Beginn oft nicht, was sie spielen soll, was sie sichtlich irritiert.

Es entsteht teilweise ein flüchtiges Spiel, ‚Einkaufen‘ und ‚Kochen‘, wobei sie mein Mitspielen ausdrücklich wünscht. Maria spricht kaum dabei. Instruktionen gibt sie mir kaum, oft auch nicht auf mein Nachfragen. Alles geschieht sehr schnell. Das Ganze wirkt auf mich wie ein ‚leeres‘ Spiel.

Später stellt sie mit Kapla-Hölzchen und Puppenhaus-Zubehör im Sandkasten erstaunlich lange und vertieft immer wieder ein Haus, bzw. dessen Umrisse dar und richtet die Zimmer mit Möbel und Zubehör sorgfältig ein. Da sie nie so richtig zufrieden damit ist, stellt sie die Einrichtung aber immer wieder um. Es fällt auf, dass die Zimmer des Hauses nicht klar voneinander abgegrenzt sind und dass das Mädchen im Spiel das Bett meist mit jemandem teilen muss, mit dem Bruder oder mit irgendwelchen Freunden. Ich frage mich, ob dies Hinweise auf erlebte Grenzüberschreitungen sind.

Maria wählt ab der 5. Stunde nach dem Spiel im Sand meist noch Regelspiele, z. B. UNO, Jassen, Schwarzer Peter, wobei sie einen deutlich entspannteren Eindruck macht, eine mutigere, keckere und herausfordernde Seite von sich zeigt. So dreht sie die Regeln zu ihren Gunsten, verschafft sich somit immer wieder Vorteile. Gewinnen ist für sie sehr wichtig. Sie signalisiert mir sowohl nonverbal durch schadenfreudiges Lachen als auch verbal, dass ich gegen sie keine Chance habe und scheint das Gefühl der Überlegenheit zu genießen. Als ich sie auf das Verändern der Regel anspreche und ebenfalls ‚ihre‘ Regeln anwende, meint sie keck, das dürfe ich nicht, das sei nur *ihre* Regel.

Gegen Ende der ersten Phase wirkt Maria deutlich entspannter, weniger verunsichert, weiß zu Beginn der Stunden sofort, was sie spielen möchte. In der 8. Stunde entsteht nach langer Aufbauphase eine interaktive Playmobil-Spielsequenz, wo Maria erstmals eigene Rollen übernimmt und mir auch erstmals aktiv Rollen zuteilt. Ich soll Patientin spielen, eine Mutter von zwei Kindern, welche nach einem Unfall im Spital operiert werden muss. Gleichzeitig soll ich auch die Rollen der zwei Kinder übernehmen. Maria selbst übernimmt das Krankenauto und den Chirurgen. Maria gibt auch auf mein Nachfragen kaum Instruktionen zum Spiel, möchte, dass ich selbst entscheide. Von mir in der Rolle der Kinder ausgedrückte Gefühle der Angst um die Mutter und der Verunsicherung werden sofort durch einen Spitalclown, der die Kinder mit Kapriolen und Kunststücken ablenkt, weggemacht. Die Kinder erhalten außerdem einen „neuen Papi“ und ein „neues Haus“.

In der darauffolgenden Stunde möchte sie für ihre Mama eine Zeichnung machen, schreibt mit Zierschrift in ein großes Herz: „Liebe Mama, ich hab dich lieb“. Auf meine Fragen, ob sie sich Sorgen um die Mutter mache, geht sie nicht ein.

Während der ganzen ersten Phase zeigt Maria extrem kontrollierendes Verhalten, was die Pünktlichkeit des Stundenbeginns bzw. -endes betrifft. Kleinste Abweichungen bringen sie in Stress.

Äußere Veränderungen

Von der Bezugsperson erfahre ich, dass Maria zweimal auf dem Weg zu mir Todesängste geäußert habe („Ich habe Angst, dass ich jetzt sterben muss“), evt. ein Hinweis auf eine mögliche Überforderungsreaktion auf den offenen Rahmen der Spieltherapie.

Die Mutter muss aufgrund eines psychischen Zusammenbruchs und Suizidalität für zwei Monate in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden. Maria spricht mit mir nie darüber, ich erfahre dies erst später durch die Bezugsperson. Allgemein erweist es sich als unmöglich, mit Maria über äußere Ereignisse, Erfahrungen aus dem Alltag im Heim zu sprechen. Deshalb ist es umso wichtiger, dass ich mit der Bezugsperson in regelmäßigem, meist telefonischem Kontakt bin.

Auf Wunsch von Maria besuche ich sie einmal im Heim, worüber sie sich extrem freut. Aufgeregt führt sie mich durchs ganze Heim und stellt mir alle ihre Lehrer und Betreuungspersonen vor, denen wir begegnen.

Psychische, innere Veränderungen des Erlebens bzw. Verhaltens der Klientin

Zu Beginn der ersten Phase zeigt Maria ihre Strategien zur Bewältigung ihres Alltages auf, zeigt mir ihr Selbstkonzept: „Ich lasse mich nicht zu sehr ein“, „ich zeige mich nicht“, „ich wehre mich nicht“, vermutlich aus Angst, wieder verlassen zu werden.

Dies äußert sich in den ersten Stunden in ihrer emotionslosen Darstellung äußerer Erfahrungen, in ihrem „Sich-nicht-zeigen-Wollen“, in ihrem flüchtigen, hektischen, ja auch sprunghaften Spiel und ihrem schnellen Darüberhinweggehen. Als ob sie mir zeigen wollte, dass sie selbst, im Ausdruck ihres Erlebens, nicht beachtenswert ist. In der Therapiestunde im Mittelpunkt zu stehen und beobachtet zu werden scheint sie zu verunsichern, vermutlich aus Angst vor Bewertung. Außerdem ist es für sie eine ganz neue Erfahrung, die das Selbstbild bedroht.

Mitspielen lässt sie mich noch kaum. Diese Art von Nähe will sie noch nicht, da sie zu bedrohlich für sie ist. Fragen nach Gefühlen, Meinungen, Einstellungen von Personen weicht sie aus, indem sie mich dazu auffordert, selbst zu entscheiden. Es ist für mich jeweils eine Gratwanderung, zwar Eigeninitiative zu zeigen, dabei aber nicht zu viel Eigenes ins Spiel zu bringen und dadurch zu sehr ‚vor‘ sie zu gelangen.

Vermutlich werden bei ihr durch den offenen Rahmen der Spieltherapie, welche durch ihr Angebot von Freiheit und Selbstbestimmung die Zuwendung zu den eigenen Bedürfnissen anregt, Abwehrsymptome aktiviert, was zu ihrem verunsicherten,

misstrauischen, hektischen Verhalten führt. Ihre Angespanntheit sowie auch ihr extrem kontrollierendes Verhalten, was die Pünktlichkeit des Stundenbeginns und -endes betrifft, scheinen Ausdruck eines permanenten emotionalen Stresses zu sein, welcher durch den Versuch entsteht, Erlebtes gedanklich zu verarbeiten und sich mit ihren Ängsten und ihrer Bedürftigkeit auseinanderzusetzen.

Dies könnte auch der Grund sein, weshalb Maria nach wenigen Therapiestunden vermehrt Regelspiele wählt. Die Regelspiele geben ihr Struktur und Gewissheit, außerdem kann sie so durch ihre Überlegenheit die Kontrolle bewahren. Sie übernimmt in den Regelspielen klar die Führung und verändert Regeln so zu ihren Gunsten, dass nur sie gewinnen kann. Wie Behr (2012) vorschlägt, verhindere oder kritisiere ich das nicht, mache lediglich bedingungslos, wertschätzend transparent, was geschieht. Ich nehme an, dass sie mit dem dominierenden Verhalten ihre Bedürftigkeit kaschiert, durch die sie sich bedroht fühlt. Freude und Spaß am Gewinnen und auch Freude an ihrer Überlegenheit sind die ersten stärkeren Gefühle, die Maria in den Spielstunden äußert.

Die Regelspiele scheinen Maria zu entspannen, ihr genügend Sicherheit zu vermitteln, um Neues entstehen zu lassen, bzw. ihre realen Erfahrungen im Spiel auszudrücken: So z. B. als sie im Spiel mit der verunfallten Mutter, die im Krankenhaus operiert werden muss, vermutlich ihren realen Erfahrungen mit der Mutter, die zu dieser Zeit in die psychiatrische Klinik eingewiesen werden musste, im symbolischen Spiel Raum gibt. Von mir in der Rolle der Kinder ausgedrückte Gefühle der Schwere, Trauer und Ungewissheit scheinen für Marias Selbstkonzept allerdings noch zu bedrohlich und müssen durch einen von ihr eingeführten Spitalclown abgewehrt werden. Das Spiel wirkt emotional leer, ein reines Inszenieren auf der Handlungsebene.

Ich bekomme eine erste leise Ahnung, wie sehr Maria vermutlich schon in ihrer frühen Kindheit gezwungen worden war, sich in ihrer gesamten Aufmerksamkeit ausschließlich auf ihre Borderline-Mutter zu konzentrieren und dabei gelernt hat, dass sie als eigenständiges Wesen nicht existiert, keine Chance hat, sich selbst zu spüren und zu erleben. Sie hat vermutlich innerhalb ihrer Familie nie unbedingte Wertschätzung, Angenommensein oder ausreichende Beachtung ihrer Bedürfnisse erfahren. Sie hat gelernt, sich zu ignorieren, eigene Bedürfnisse nicht durchzusetzen, beständig nachzugeben und ihre ganze Wahrnehmung auf andere zu richten, um möglichen Bedrohungen zu entgehen. Dazu Rösel (2013, S. 35): „Sie [Kinder von Borderline-Eltern] sind gezwungen, eigene Gefühle auszuschalten und müssen jegliche Impulse der Selbstfürsorge ignorieren und den Betroffenen ... retten und beschützen, um so auch Überlebenschance zu haben.“

Beziehung Therapeutin-Klientin

In den ersten Stunden geht von Maria etwas Verunsichertes, mich misstrauisch Beobachtendes aus. Ihr Blick scheint für mich auszudrücken: Was willst du von mir? Mach ich es richtig? Wie stehst du zu mir? Hast du mich gern oder verletzt du mich auch noch? Sie wirkt unter Druck, ihr Tonus ist gespannt, ihr Spiel enorm flüchtig und gehetzt. Sie äußert in diesen Stunden kaum ein Wort, lächelt zum Teil etwas gehemmt, beobachtet mich scharf.

Ich spüre ihren Druck enorm, fühle mich selbst unter Druck, oft unwohl, unsicher, wie ich mich im Spiel mit ihr verhalten soll, so dass ich sie nicht überfordere. Ihre nach außen gerichtete Aufmerksamkeit irritiert mich. Meine Unsicherheit, ob es ihr wohl ist, begleitet mich durch die Stunden und veranlassen mich immer wieder, ihre Befindlichkeit abzufragen, obwohl sie mir immer mit „gut“ antwortet. Aus der Tatsache, dass sie ab der 3. Stunde zu Beginn jeder Stunde ihre Schuhe auszieht und die Rollläden runter lässt und ihrem in der 4. Stunde geäußerten Wunsch, das im Sand aufgebaute Haus bis zu ihrer nächsten Stunde so stehen zu lassen, schließe ich, dass Maria gerne kommt und erstes Vertrauen in mich aufbauen konnte.

Veränderungs- und Lernprozesse der Therapeutin

Marias anfängliche Orientierungslosigkeit und Unsicherheit im Spiel spiegelt auch ihre Unsicherheit in der Beziehung zu mir. Diese Unsicherheit auszuhalten, ist sehr herausfordernd für mich. Ich spüre ihr „Mach-ich-es-richtig“, 1:1 auch bei mir, bzw. ihre Unsicherheit berührt auch ein mir sehr bekanntes Thema: Mache ich es richtig als Therapeutin? Bin ich gut genug? In einer Supervision wird mir deutlich, dass meine bedingungslos positive Beachtung zeitweise beeinträchtigt ist und ich aufpassen muss, die Klientin nicht unbewusst in die Rolle der erwachsenen Person zu manövrieren, die mir (Rolle des bedürftigen Kindes), beweisen muss, dass ihr die Therapie gut tut. Eine Rolle, die sie vermutlich in der Beziehungsgestaltung mit ihrer Mutter schon früh immer wieder übernehmen und dabei zu früh zu viel Verantwortung übernehmen musste. Durch dieses empathische Verständnis gelingt es mir, die beeinträchtigte bedingungslos positive Beachtung der Klientin gegenüber wieder aufzubringen (vgl. Eckert, 2006, S. 224ff).

In den Regelspielen begegne ich Maria primär im facilitativen Modus (Behr, 2012), spiele absichtlich nicht besonders gut, schone sie, konzentriere mich darauf, dass Maria Reflexionen ihres Verhaltens und ihrer Äußerungen erhält. Ich spüre, dass Verlieren zu verletzend und kritisch für Marias Selbstwert wäre. Ich versuche jedoch zunehmend und noch sehr behutsam, auch durch mein *Tun* Resonanz auf ihr Verhalten zu geben, ihr im interaktionellen Modus (Behr, 2012) zu begegnen. So z. B. bei spontanen Regeländerungen Marias zu ihren Gunsten, indem

ich die Vorteile der Regeländerung auch für meine eigenen Spielhandlungen in Anspruch nehme. Hier macht mir Maria allerdings unmissverständlich klar, dass dies nur *ihre* Regeln seien. Dass Maria sich wehrt, zeigt mir, dass ich sie zwischen- durch durchaus auch etwas herausfordern darf, sie nicht gleich zusammenbricht und sie mir schon Signale gibt, wenn sie's nicht aushält.

Zweite Therapiephase (10. – 33. Std.):

Aschenputtel: Ich lasse mir nicht alles gefallen

Inhaltlicher Verlauf

Durch diese Phase, die sich über einen Zeitraum von acht Monaten erstreckt, zieht sich das Mutter-Tochter-Rollenspiel wie ein roter Faden, immer wieder in leicht veränderter Form mit fließendem Übergang vom Rollenspiel mit den Puppenhausfiguren zum Rollenspiel mit ‚echten‘ Personen etwa um die Mitte der zweiten Phase. Maria, inzwischen gut 11-jährig, fordert mich nun jedes Mal auf, ebenfalls Rollen zu übernehmen, wobei sie praktisch immer die Rolle der „Teenager-Tochter“ Anna übernimmt, mit der sie sich deutlich zu identifizieren scheint, und mich die Mutter spielen lässt.

In der Rolle der Tochter Anna verhält sie sich unglaublich fürsorglich ihrer Mutter gegenüber, bekocht sie, kauft ihr schöne Kleider, plant mit ihr schöne Ausflüge, kauft für sich und die Mutter ein schönes Haus, unterstützt die Mutter in der Jobsuche. Ich hadere in der Rolle der Mutter sehr damit, das alles von einer erst „13-jährigen Tochter“ für mich machen zu lassen, verbalisiere nebst dem Lob für die Tochter immer mal wieder meine Sorge um sie, dass sie so viel für andere tut, so viel ‚krampft‘ und dass ich ihr gerne auch mal etwas zuliebe tun würde, ja dränge mich manchmal fast auf, mitzuhelfen. Maria lässt mich aber sehr genau spüren, dass sie nun exakt darin verstanden werden will, dass sie als fürsorgliche Tochter alles für die Mutter machen möchte, alleine, kompromisslos. So lehnt sie alle meine Unterstützungsversuche ab und ich kann als Mutter nur tatenlos und mich ausruhend zusehen.

Maria beginnt immer mal wieder direkt über Erfahrungen, Erlebnisse zu berichten. Das ist neu. So bringt sie zum ersten Mal ihren Ärger über den Zeitpunkt der Therapie zum Ausdruck und wünscht die Therapie an einem anderen Tag. Maria bringt den Wunsch ein, dass ich wöchentlich zur Therapie zu ihr ins Heim komme. „Und wenn's halt gar nicht geht“, meint sie einmal trotzig, „dann bringt es gar nichts, in Therapie zu kommen!“ Ich gebe diesem Ärger viel Raum, versuche, zeitliche Alternativen anzubieten, doch immer findet sie etwas, das sie stört. Eines Tages meint sie, es gäbe nach den Sommerferien ja einen neuen Stundenplan, dann sei alles anders.

Es ist erstaunlich, wie sie wagt, sich in ihren Befindlichkeiten und mit ihren Bedürfnissen zu zeigen. Rigide Selbst-

zurückhaltung wird weicher, Bedürfnisse finden mehr und mehr Platz im Selbstbild.

Nach unzähligen Mutter-Tochter-Rollenspielen folgen zwei intensive spieltherapeutische Stunden, wo sie, angeregt durch eine Aschenputtel-Plastik-Figur aus meiner Figurensammlung, das Märchen Cinderella im Sandkasten reinszeniert. Sie teilt mir die Rollen der bösen Stiefmutter und der verwöhnten Tochter Anastasia zu. Sie selbst übernimmt die Rolle von Cinderella, mit der sie sich auch deutlich zu identifizieren scheint. Sie instruiert mich, dass die Stiefmutter und Anastasia „ganz böse“ Cinderella gegenüber sein müssen und sie immer arbeiten und helfen lassen sollen. Es fällt mir anfänglich schwer, Aschenputtel so erniedrigen zu müssen, sie in ihrem aufkeimenden Trotz ersticken zu wollen, wie es Maria von mir verlangt. Doch es wird mir immer deutlicher, wie sehr Maria im Spiel diese heftige Abwertung braucht, um die in ihr schlummernden Kräfte freisetzen zu können. Aus einem zuerst nur leicht widerwilligen Erledigen des von ihr Verlangten entwickelt sich eine emotional sehr spürbare, sich mit lauter Stimme heftig wehrende und für sich einsetzende Cinderella. Auf die Bemerkung der von mir gespielten Stiefmutter: „So kenne ich Cinderella gar nicht, ich konnte sie immer herumbefehlen und sie hat immer gemacht, was ich wollte!“, antwortet Maria in der Rolle der Cinderella: „Ja, aber meine Zeit hat sich jetzt verändert!“

Äußere Veränderungen

Maria beginnt, den ganzen Therapieraum fürs Spiel einzunehmen und spricht nun vermehrt direkt in der Rolle der Figuren, bleibt nicht nur in der Kommentatorenrolle. Im Verlaufe der zweiten Phase instruiert sie mich deutlich mehr im Spiel und wird selbst in ihrer Rolle viel spürbarer, ihre Stimme wirkt kräftiger. Das Spiel wechselt vom Rollenspiel mit Puppenhausfiguren zum Rollenspiel mit uns als ‚echten‘ Personen.

Von der Bezugsperson erfahre ich, dass Maria im Heim nun ihre Bedürfnisse besser einbringen könne. Maria wirke belastet, öffne sich aber vermehrt und drücke ihre Gefühle und Sorgen aus. Sie weine oft und benötige dann viel Nähe zu den Bezugspersonen. Es sei aber ein anderes Weinen, als wenn sie aus panischer Angst weine. Die panischen Ängste kämen nur noch selten vor.

Psychische, innere Veränderungen des Erlebens bzw.

Verhaltens der Klientin

Maria beginnt, sich unabhängig von anderen stärker wahrzunehmen, die Ich-Du-Grenzen werden klarer, sie erlaubt sich in der Therapie, mehr Raum für sich einzunehmen. Dies drückt sich einerseits in der Ausbreitung im ganzen Therapiezimmer aus, durch Darstellung von Wänden zwischen den Zimmern mit Kapla-Hölzern, aber auch in der Darstellung des größten und schönsten Zimmers für die Tochter, das sie besonders

sorgfältig einrichtet und mit einem goldenen Tuch als Teppich versieht. Ich bin berührt von der sich zeigenden Selbstfürsorge Marias.

Zentral scheint in dieser Phase aber die Sorge um die Mutter zu sein. Ich nehme an, dass Marias Umsorgen der Mutter und damit das Hintanstellen eigener Bedürfnisse eine Bewältigungsstrategie darstellt, um ein Stück Berechenbarkeit in ihr unberechenbares Leben mit der Mutter zu bringen, und um das eigene unerfüllte Bedürfnis nach Anerkennung nicht spüren zu müssen. Das Spüren des Bedürfnisses nach Anerkennung scheint eine Bedrohung für ihr Selbstkonzept zu sein und konnte bisher überhaupt nicht integriert werden, was zu großer Inkongruenz führte. Nachdem sie sich aber in vielen Rollenspielen in ihrer Sorge um die Mutter empathisch verstanden gefühlt hat und darin bedingungslos positiv wertgeschätzt worden ist, gelingt es ihr in den Folgestunden neue, der Entwicklung, bzw. Entfaltung des Organismus förderliche Selbsterfahrungen zu machen, z. B. im Ausdruck von Ärger oder indem sie sich abgrenzt.

Dies zeigt eine deutliche Entwicklung der Klientin in Richtung Autonomie, zu stärkerer Selbstbestimmung (vgl. Rogers, 1961a/2002, S. 171ff). Höger (2006, S. 42) meint, dass der Aspekt der Entfaltung dann ins Spiel kommt, wenn sich der Organismus in einer für ihn nicht bedrohlichen Situation im Zusammenspiel mit seiner Umwelt weiterentwickelt.

Eindrücklich kommt dies in der intensiven Identifikation Marias im Sandspiel mit der Figur „Aschenputtel“ zum Ausdruck. Dass sie gerade Aschenputtel gewählt hat, ist für mich kein Zufall. In Aschenputtel wird uns die seelische Verfassung eines Kindes gezeigt, das zu wenig mütterliche Nähe erfährt. Das Märchen hilft Maria, gewaltige innere Kräfte zu mobilisieren, mit denen sie sich aus ihrer gefangenen Lage befreien kann, um selbstbewusster ihren Platz im Leben einnehmen zu können. Dank besserem Zugang zu aggressiven Gefühlen im geschützten Rahmen der bedingungslosen, wertschätzenden positiven Beachtung, können die Erfahrungen: „Ich bin jemand, der sich nicht alles gefallen lässt“, „ich bin jemand, der sich wehren kann“, symbolisiert werden, um später, so hoffe ich, in ihr Selbstkonzept integriert zu werden.

Die Therapie scheint ihr einen sicheren Rahmen für ihre Selbstexploration und Erweiterung ihres Selbstkonzepts zu geben. Einerseits kann sich ein sehr fragiles Selbst festigen und erste klare Konturen gewinnen, andererseits wird es möglich, dass Inkongruenzen verkleinert werden, bisher nicht integrierte Erfahrungen zu Selbsterfahrungen werden und Platz im Selbstkonzept finden (vgl. Biermann-Ratjen, 2006).

Beziehung Therapeutin-Klientin

Es ist für Maria in dieser zweiten Phase sehr wichtig, dass ich alles, was sie tut, aufmerksam wahrnehme und positiv beachte.

Schien ihr in der ersten Phase mein Beobachten noch unangenehm, ja fast störend und wohl beängstigend, weil Gefahr drohte, abgelehnt zu werden, fordert sie mich nun richtiggehend heraus, alles wahrzunehmen und weist mich aktiv darauf hin, wenn ich etwas ihr wichtig Erscheinendes, nicht kommentiere. Es kommt mir vor, als ob sie immer mehr erfahren möchte: „Ich bin es wert, beachtet zu werden“.

Dass Maria in dieser Phase immer mal wieder den Zeitpunkt der Therapie in Frage stellt, bringt mich nach anfänglicher Verunsicherung, nicht mehr aus der Ruhe, denn ich spüre, dass es Maria dabei nicht um das In-Frage-Stellen der Therapie an sich geht. Sie beginnt, sich in ihrer natürlichen und gesunden Bedürftigkeit zu zeigen. Indem sie mir ihren Unmut zumutet, drückt sie große Stärke aus und es zeigt mir auch, dass zwischen uns eine sichere, vertrauensvolle therapeutische Beziehung besteht.

Ich bin beeindruckt von Marias Fähigkeit, sich nonverbal auszudrücken und von den Kräften und Ressourcen, die in ihr schlummern. Ich spüre immer stärker, wie sehr mir dieses Mädchen ans Herz gewachsen ist und wie gerne ich die Therapie mit ihr mache. Die Tatsache, dass ich mich immer mehr leiten lassen kann vom Vertrauen in die sich entfaltenden Kräfte in ihr, in ihre Aktualisierungstendenz, lässt mich die Therapiestunden mit ihr deutlich entspannter und lustvoller erleben.

Veränderungs- und Lernprozesse der Therapeutin

Die therapeutische Herausforderung besteht für mich in dieser Phase immer wieder darin, die Durcharbeitungsprozesse von Maria im Spiel zunächst auf sich beruhen zu lassen und mich nicht unter Druck zu setzen, jeweils genau zu verstehen, was sie da inszeniert. Ich muss mir immer wieder explizit in Erinnerung rufen, dass der Prozess des Spielens und eine einfühlsame Begleitung wichtiger sind als Deutungen. Während des Spiels kann Maria ihre Erfahrungen organisieren. Es fordert Selbstaussdruck und fördert damit implizit das Selbstwertgefühl (Behr, 2012).

Ich sehe mich in dieser Phase oft mit großen, real erscheinenden und nicht nur ‚übertragenen‘ Beziehungsansprüchen konfrontiert im Sinne von: ‚sei du meine Mutter‘, was mich, aus Angst, in die Rolle eines Mutterersatzes gedrängt zu werden, oder zu sehr aus meinem inneren ‚mütterlichen‘ Bezugsrahmen zu handeln, zu Beginn eine eher ‚abstinente‘ Spielhaltung einnehmen lässt. Als Maria jedoch immer wieder deutlich und oft auch spürbar verärgert fordert, ich solle auch mal selber entscheiden, lasse ich mich stärker ins Spiel ein, vertrauend darauf, dass sie mir signalisiert, wenn sie sich nicht verstanden fühlt. Es wird mir in dieser Phase bewusst, wie wichtig es für Maria ist, dass sie anhand meiner Transparenz und aktiven Engagements in meiner Rolle daran teilnehmen kann, wie eine erwachsene Person (eine Mutter) innerlich funktioniert. Ich bin

wie ein Modell für die Klientin und übermittle die Botschaft, dass eine Person alle möglichen Gefühle und Gedanken haben kann und dass all diese Gefühle und Gedanken erlaubt sind. Ich spüre, dass ich mehr Interaktionsresonanz (vgl. Behr, 2012, S. 103ff) geben muss bzw. kann als in der ersten Phase, wo alles noch viel vorsichtiger und zurückhaltender war. Maria fordert mich als real präsente Person mit ihren ‚Muttergefühlen‘ heraus, sie möchte mich als authentisches Gegenüber spüren. Hufnagel (in Boeck-Singelmann et al., 2003, S. 246f) beschreibt, wie wichtig es in der Therapie mit Heimkindern ist, die ansonsten für Kindertherapeuten geltende Grundregel, sich nicht in die Gefahr zu begeben, die Rolle eines Elternsurrogats einzunehmen, zumindest phasenweise in Frage zu stellen.

Dritte Therapiephase (34.–79. Std.): Das verletzte Kind

Inhaltlicher Verlauf

Die dritte Therapiephase dauert insgesamt eineinhalb Jahre.

Maria kommt nach mehreren Wochen Sommerferien weinend und aufgelöst in die Stunde. Sie habe sich kürzlich am Knie verletzt, habe notfallmäßig genäht werden müssen und nun schmerze es beim Gehen. Trotzdem habe sie heute alleine zur Therapie kommen müssen. Maria ärgert sich über ihre Bezugsperson, wirft ihr vor, kein Verständnis zu haben. Gleichzeitig ärgert sie sich auch wieder über die Therapiezeit und über den neuen Stundenplan. Hinter all diesem Ärger zeigt sich ein hilfloses, zutiefst verunsichertes und verzweifelt Mädchen, und wir benötigen fast die ganze Therapiestunde dafür, ihrem aktuellen Zustand Raum zu geben. Heftig weinend sagt sie: „Weißt du, es tut einfach weh und niemand nimmt Rücksicht auf mich, nicht einmal mein Mami!“ Und sie gibt ihrer Enttäuschung Ausdruck über die Mutter, welche nicht einmal nachfrage, wie es ihr mit ihrem Knie gehe, immer nur mit ihren eigenen Dingen beschäftigt sei und sich allgemein gar nicht um Maria kümmere, wenn diese am Wochenende zu Hause sei.

In mehreren Tierarzt-Rollenspielen spielt Maria eine Tierärztin, die einen kranken Igel operiert, den ich verletzt auf der Straße gefunden hätte. Nach der Behandlung fragt mich die Tierärztin, ob ich das Tier zu Hause aufnehmen und pflegen könne. Ich müsse einfach damit rechnen, dass es dann bei mir bleiben wolle. Weiters behandelt sie ein verunglücktes Drachenjunge, welches die Drachmutter nicht mehr zurückhaben möchte, oder einen kleinen Delphin, der von seinem Besitzer nicht mehr abgeholt wird.

Es folgen Stunden, in denen mich Maria auffordert, die Rolle der Ärztin zu übernehmen. Maria selbst lässt sich in der Rolle einer jungen Frau mit einem verletzten Knie von der Ärztin behandeln. Maria liegt dabei lange sehr entspannt, aber mit ihrer ganzen Aufmerksamkeit präsent da, scheint zu genießen, wenn ich sie bei Berührungen immer wieder frage, wie das für

sie sei, ob sie das schmerze oder nicht. Diese Art Rollenspiel erfolgt über mehrere Stunden.

Weiters folgen Reinszenierungen von Szenen aus dem Twilight Vampir-Jugendroman, eine Liebesgeschichte zwischen den Jugendlichen Bella und Edward, die ihren Platz in der Welt suchen, sich abgrenzen wollen von ihrem Leben als Kinder, aber auch nicht so werden wollen wie ihre Eltern. Maria möchte mit mir die Geschichte auf ihre eigene abgeänderte Art spielen. Dabei identifiziert sie sich deutlich mit der Hauptdarstellerin Bella, mit deren Hin- und Hergerissensein zwischen den um sie kämpfenden jungen Männern und mit den dazu gehörenden Hochs und Tiefs von Gefühlen. In der Rolle von zwei jugendlichen Schwestern spielen wir Themen durch, die den Alltag im Zusammenleben mit den Kindern und Jugendlichen im Heim darstellen (Liebesbeziehung, Sexualität, Freundschaft, Eifersucht, Abgrenzung zu den Eltern). Noch ist es für sie aber zu bedrohlich, direkt darüber zu sprechen. Sehr eindrücklich und berührend spielen wir in der Rolle der zwei Schwestern in mehreren Stunden unsere Vorbereitung auf einen Musik- und Gesangswettbewerb. Es entsteht ein sehr lustvolles gemeinsames Ausprobieren von Rhythmen mit Stimme, Xylophon und Trommeln. Maria singt, von mir rhythmisch begleitet, eine Mischung aus einem ihr bekannten Song und improvisiertem Text: „Was guckst du mich so an? Ich bin einfach ein normaler Mensch, nicht etwas Besonderes ... weil du mich jahrelang im Stich gelassen hast ... du hast mein Leben zur Hölle gemacht, lass mich in Ruhe ... es ist vorbei ... es ist vorbei.“ Ein anderes Mal improvisiert sie: „Ich habe einen Traum ... ich bin nicht allein, ich bin nicht allein, ich glaube an mich.“ Es gelingt Maria, sehr exakt auf den Punkt zu bringen, was in ihr ist, und auszusprechen, was sie früher nicht einmal zu fühlen wagte.

Äußere Veränderungen

Die Mutter verbringt in dieser Zeit zweimal mehrere Monate in einer psychiatrischen Klinik. Dazu kommen im Leben der Mutter immer wieder wechselnde Partner, was bei Maria für Unsicherheit sorgt.

Von der Bezugsperson erfahre ich, dass Maria im Heim vermehrt ihrer Enttäuschung Ausdruck geben könne, dass sie keine richtige Familie habe und dass die Bezugsperson nicht ihre Mami sei.

Maria sei viel gelöster, könne sich besser auf Neues einlassen, gerate dabei weniger in Stress. Sie grenze sich sehr von ihrer Mutter ab, äußere Bedürfnisse und Wünsche auch der Mutter gegenüber klarer. Die Mutter erlebe Maria zu Hause aufmüpfig und fordernd.

Im Heim sei Maria inzwischen sehr mit pubertären Themen beschäftigt, wie Kleider, Schminken oder den Fragen ‚wie komme ich bei Jungs an‘, ‚wie grenze ich mich ab‘. Es falle auf, wie sie, die sich permanent zurückgenommen habe und

Konflikten möglichst aus dem Weg gegangen sei, sich Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen stelle, ihre Meinung äußere und vor allem Jungen vermehrt ihre „Krallen“ zeige.

Maria verändert sich in dieser Phase auch körperlich sehr. Begegnete sie mir anfangs in der Therapie noch als Kind, welches kaum Wert auf Äußeres legte, entwickelt sie sich zur hübschen jungen Frau, die ihrer Weiblichkeit gerne in adretter, weiblicher Kleidung Ausdruck verleiht. Ab und zu erscheint sie auch dezent geschminkt.

Am Schluss dieser dritten Phase bringt Maria, inzwischen 13-jährig, den Wunsch ein, zukünftig nur noch alle zwei Wochen in Therapie zu kommen, damit sie schulisch nicht immer so viel verpasse.

Psychische, innere Veränderungen des Erlebens bzw. Verhaltens der Klientin

Zu Beginn der dritten Phase wird sich Maria schmerzhaft gewahr, dass die Mutter sie mit ihren Bedürfnissen immer wieder im Stich lässt (Szene mit dem Drachen- und Delphinjungen, welche von ihren Müttern nicht mehr zurückgeholt werden). Die große Sehnsucht Marias, von der Mutter in ihren Bedürfnissen wahrgenommen zu werden und die Sehnsucht nach einer intakten Familie werden spürbar.

Ich vermute, dass Maria durch das Spiel Patientin-Ärztin mit dem verletzten, vernachlässigten und bedürftigen Kind in ihr in Kontakt gekommen ist. Diese Erfahrungen scheinen sie aber noch schnell zu überfordern, was sich in ihrem emotional nach wie vor sehr distanzierten Spiel und in dem abrupten Beenden des Spiels und dem Wechsel zu Regelspielen zeigt.

Die längere Sequenz mit den gemeinsamen Gesangsauftritten der beiden Schwestern zeigt, dass Maria manchmal die Therapie auch ganz einfach als eine Insel frei von Sorgen erleben und diese nicht mit den früheren oder gegenwärtigen Problemen belasten möchte. Maria kann ihrer Freude dabei ungehemmt Raum lassen. Beim Singen und Trommeln kommt Maria mit ihren inneren Ressourcen in Kontakt, wirkt in diesen Momenten besonders gelöst, entspannt und kreativ, scheint aus voller Kehle ihre Frustration herauszusingen, ein mich kathartisch anmutendes Moment. Eine innere Lebenskraft wird dabei spürbar, wie ich sie bei Maria noch nie erlebt habe.

Auch wenn Maria nach wie vor stark in der Abwehr ist, kann sie mehr von ihrem inneren Erleben zulassen. Das Rollenspiel wird intensiver, unmittelbarer, realitätsnaher. Sie macht auf mich in den Rollenspielen meist einen entspannten, präsenten und äußerst vertieften Eindruck, wirkt stärker nach innen zentriert, ganz im Hier und Jetzt, spürbarer in ihrem organismischen Erleben. Auch ihre Stimme ist kräftiger und modulierter.

Ihr Erleben scheint stärker im Fluss zu sein (vgl. Rogers, 1961a/2002, S. 143ff), ihr Selbst offener für neue Erfahrungen.

Sie beginnt, auch schmerzhaft Erfahrungen und Erfahrungen von Bedürftigkeit zu integrieren. Marias Selbstkonzept und ihre Erfahrungen werden kongruenter, sie wird innerlich freier für ihre neu auftauchenden Jugend-Themen.

Beziehung Therapeutin-Klientin

Ich spüre bei Maria kaum mehr Misstrauen, die Therapie scheint ein selbstverständlicher und wichtiger Bestandteil in ihrem Alltag geworden zu sein, und es ist ein vertrauensvolles Miteinander entstanden. Ihr, auf mein Nachfragen zu Beginn einer Stunde, was sie denn heute tun möchte, leicht vorwurfsvoller Ausruf: „Wie immer, Sie wissen es doch!“, zeugt davon.

In den Spielhandlungen verhält sie sich entschlossener, selbstsicherer, wenn auch nach wie vor sehr auf mich fokussiert, allerdings nicht mehr wie zu Beginn angepasst und achtsam, ob ich sie nicht ablehne, sondern eher mich als Rollenvorbild beobachtend. Ich spüre förmlich, wie sie meine Reaktionen, geäußerten Gedanken, Bedürfnisse, Gefühle aufsaugt und zunehmend mutiger wird, sich selbst zu zeigen. Sie übt sich förmlich im Sich-Abgrenzen, Behaupten, Streiten, Sich-Annähern.

Neu ist für mich auch, dass wir zeitweise völlig absorbiert durch das Spiel sind, in eine gemeinsame lustvolle Handlung vertieft, eingetaucht und gleichzeitig ganz im Hier und Jetzt – auch für mich eine sehr berührende Erfahrung, die unsere Beziehung weiter stärkt. Schwierig ist für mich aber immer noch, die nach Ausdruck strebenden, vitalen, kräftigen Symbole in vielen geheimnisvollen, verwirrenden Spielszenen als schlummernde, rätselhafte Kräfte stehen zu lassen. Dabei hilft mir die Aussage Behrs (2012), dass der Zugang beim dramatischen Spiel phänomenologisch ist und der Prozess des Spielens und die einfühlsame Begleitung wichtiger als Deutungen sind. Gleichzeitig spüre ich aber auch Freude in mir über die erwachende Überzeugung von Maria, ihr eigenes Leben aktiv mitgestalten zu können. Mein Vertrauen in ihre inneren Selbstheilungskräfte wird immer stärker. Ich zweifle keinen Augenblick mehr daran, dass Maria trotz schwierigster Entwicklungsbedingungen, denen sie von Geburt an ausgesetzt war und es auch heute immer noch ist, ihren Weg finden wird.

Veränderungs- und Lernprozesse der Therapeutin

Ihr kontrolliertes, sehr sachliches und emotionsloses Berichten von belastenden Inhalten irritiert mich immer wieder und zeigt mir, welch starkes Distanzieren bei ihr nach wie vor nötig ist, um alles auszuhalten. Ich vertraue aber darauf, dass das Mädchen schon weiß, wieviel sie erträgt und wo sie Distanz oder Abwehr braucht.

Eine große Herausforderung stellen für mich immer wieder die Rollenspiele dar, wie sie vor allem gegen Ende der dritten Phase vorkommen, wo Maria reale Situationen, Erfahrungen

aus ihrem Alltag in diese verpackt. Ich spüre dabei stark, wie orientierungslos Maria oft ist, gespannt meine Reaktionen abwartet und mich geradezu herausfordert, in meiner Rolle Stellung zu beziehen, bzw. eigene Standpunkte zu vertreten. So z. B. als die beiden Schwestern bei einem Spiel auf einer Party die Jungs intensiv auf den Mund küssen sollen. Hier weigere ich mich spontan, nachdem Maria selbst in ihrer Rolle abwartet und mir die Entscheidung überlässt, dieses Spiel mitzumachen, mit der Begründung, nicht jeden Jungen auf den Mund küssen zu wollen. Aus ihren spürbar erleichterten, ebenfalls sich abgrenzenden Reaktionen in ihrer Rolle entnehme ich, dass mein deutliches Handeln wichtig war, da sie die Abgrenzung alleine wohl nicht geschafft hätte.

Ich erlebe es immer wieder als enorme Gratwanderung, einerseits der Inszenierung Marias viel Entfaltungsraum zu geben, andererseits aber auch die Momente wahrzunehmen, in denen Maria tatsächlich meine eigene Haltung zu einem Thema erfahren möchte. Es wird mir bewusst, dass wir uns in der Therapie langsam am Übergang zu einer Jugendlichen-Therapie befinden, auch wenn Maria die Themen nach wie vor primär im Spiel bearbeiten möchte. Ich bin mit ihr anders als früher gefordert, eigene Standpunkte zu vertreten, mich selbst direkter einzubringen. Maria wünscht sich ein lebendiges und menschliches Gegenüber, das kongruent auf sie eingeht und als Person spürbar ist.

Vierte Therapiephase (80.–109. Std.): Verlassen der sicheren Distanz – Gespräche lösen Rollenspiele ab

Inhaltlicher Verlauf

Wir bearbeiten in dieser Phase, welche sich über einen Zeitraum von 9 Monaten erstreckt, Alltagsprobleme, z. B. spannungsreiche Beziehungen zu ihren Freunden.

Maria äußert klare Vorstellungen von Beziehungen, wünscht sich einen Freund, dem sie vertrauen kann, der „es ernst mit mir meint“ und „nicht nur das eine will“, der ihr zuhört, sie respektvoll und nicht wie „Spielzeug“ behandelt, treu ist und ihr genügend Freiraum lässt. Sie beginnt, sich mit ihrem zunehmend aufmüpfigen, „zickigen“ Verhalten anzufreunden, meint stolz, das sei ihre „temperamentvolle“ und „selbstbewusste“ Art. Parallel zu ihren zunehmenden Selbstbehauptungsversuchen, von denen sie wahrnehmen kann, dass sie ihr gut tun, wird Maria aber auch immer wieder von schlechtem Gewissen geplagt, fühlt sich schnell schuldig und als „egoistisches Girl“. Ich äußere die Vermutung, dass sie in frühen Beziehungserfahrungen mit der Mutter gelernt hat, verantwortlich zu sein für die Stimmung und das Wohlergehen der Mutter. Obwohl sie mir dabei interessiert zuhört, macht sie mir unmissverständlich klar, dass die Erfahrung von Autonomie und Abgrenzung in einer Beziehung erst als zartes Pflänzchen in ihrem Selbstkonzept

Fuß fassen konnte und noch stark gefährdet ist durch die hartnäckige Überzeugung, dass Abgrenzung Bedrohung bedeutet und egoistisch sei.

Die Beziehung zur Mutter und die Loslösung von ihr sind zentrale Themen dieser Phase. Maria ärgert sich über ihre Mutter, welche sie, die jetzt langsam erwachsen werde, nicht loslassen wolle. Sie benötige ihren Freiraum und wolle Mami beweisen, dass sie schon ein bisschen auf sich selbst aufpassen könne. Dann zeige sie halt manchmal ihre „zickige Seite“. In ihren Schilderungen schwingt schlechtes Gewissen mit, das sie aber, als ich es anspreche, vehement abstreitet. Als ich ihr psychoedukativ aufzeige, dass ihre absolut natürlichen Autonomiebestrebungen für die psychisch kranke Mutter vermutlich eine heftige Bedrohung darstellen und diese folglich ablehnend reagiere, was für Maria wiederum eine besondere Herausforderung darstelle, reagiert sie erleichtert. Ich zeige auch auf, dass die Mutter aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht genügend in der Lage zu sein scheint, ihr die Aufmerksamkeit und das Gefühl von ‚du bist mir wichtig‘ geben zu können, was sie so sehr bräuchte.

Spürbar betroffen kann Maria daraufhin immer besser wahrnehmen und äußern, dass sie sich der Mutter immer wieder „fremd“ fühle, dass sie sich so wenig zu sagen hätten und sie sich von ihrer Mutter oft „wie Luft behandelt“ fühle. Außerdem empfinde sie es als „sehr unangenehm“, dass die Mutter, wenn diese mit ihrem Freund Stress habe, oft heulend zu ihr komme und erwarte, dass Maria sie tröste.

Maria überlegt sich in dieser Phase sogar, ob sie überhaupt noch Kontakt mit ihrer Mutter haben möchte. Sie realisiert, wie hinderlich die Mutter für ihre Selbstentwicklung und Selbstentfaltung war und ist.

Sie kann zum ersten Mal spüren, dass es sie traurig macht, keine richtige Familie zu haben. Sie vermisst ihren Bruder, welcher sich auf einem Jugendschiff für schwererziehbare Jugendliche aufhält, und ihren Vater, den sie nur von einem Foto kennt.

Äußere Veränderungen

Eine neue Ära ist angebrochen, die Therapiestunden haben eine neue Qualität. Drückte Maria am Ende der dritten Phase ihre Themen noch primär in der ihr Sicherheit gebenden Distanz der Rollenspiele aus und war es nur sehr selten und nur über kurze Sequenzen möglich, mit ihr direkt ins Gespräch zu kommen, besteht die Therapie heute hauptsächlich aus langen Gesprächen.

Rang sie zu Beginn der vierten Phase noch richtiggehend nach Worten und sprach oft gepresst und abgehackt, spricht die bald 14-jährige Maria heute fließender, ruhiger. Auch beobachte ich, dass sie sich im Stuhl vermehrt entspannt nach hinten lehnt, seltener auf der Vorderkante sitzt, als ob sie gerade auf dem Sprung wäre.

Im Heim lasse sich Maria nach wie vor von Abweichungen des gewohnten Alltags verunsichern, die heftigen emotionalen Ausbrüche kämen jedoch nicht mehr vor. Maria gelinge es immer besser, stressige Situationen frühzeitig zu erkennen, diese zu benennen und gelernte Strategien anzuwenden.

Themen rund um die Pubertät beschäftigten Maria stark. Sie sei dabei, ihre eigene Werthaltung zu bilden und vermehrt für ihre Bedürfnisse einzustehen. Sie fordere auch Grenzen ein und teste deren Verbindlichkeit. Die Beziehung zur Mutter stelle sie immer öfter in Frage und ihre Sehnsucht nach der perfekten Familie spiegle sich in ihren Äußerungen im Alltag wider. Seit einiger Zeit interessiere sich Maria zunehmend für ihre ausländischen Wurzeln und ihren Vater.

Psychische, innere Veränderungen des Erlebens bzw. Verhaltens der Klientin

Maria benötigt die sichere Distanz des Rollenspiels nicht mehr, es gelingt ihr, Erleben und Erfahrungen direkt zu äußern. Sie wirkt zwar emotional immer noch sehr kontrolliert und beherrscht. Selten kommt es zu unmittelbarem Erleben (z. B. den Tränen nahe sein oder seufzen). Dieses unmittelbare Erleben löst bei ihr noch viel Unbehagen und Schamgefühle aus. Die vielen Themen, die sie bringt, weisen darauf hin, dass sie aber viel weniger abwehren muss. So kann sie beispielsweise gut spüren und annehmen, dass sie zeitweise viel Belastendem ausgesetzt ist und dass es ihr deswegen immer wieder schlecht geht und sie sich überfordert fühlt.

Viele ihrer organismischen Erfahrungen („Ich bin jemand, der traurig, verärgert, enttäuscht sein kann; ich bin jemand, der eigene Bedürfnisse hat; ich darf auch annehmen, muss nicht nur geben; ich darf mich abgrenzen; ich bin auch jemand, der Scheiße macht“), welche nicht mit dem auf Anpassung, Unterordnung und Zurückhaltung ausgerichteten Selbstkonzept übereinstimmten und lange Zeit abgewehrt werden mussten, konnten im Verlauf der Therapie zur Sprache kommen, eine Symbolisierung erfahren und so zu Selbsterfahrungen werden. Sie muss in Beziehungen nicht mehr immer brav, angepasst, freundlich und zuvorkommend sein, sie darf auch mal missgelaunt, frech, überfordert, streitlustig oder gestresst sein. Durch ihren besseren Zugang zu eigenen Bedürfnissen und Empfindungen gelingt es ihr, auch in Beziehungen ihre Bedürfnisse besser einzubringen, sich vermehrt abzugrenzen und besser für sich einzutreten. Maria kann ihr inneres Erleben wertschätzender und akzeptierender annehmen, es zeigt sich eine wachsende Kommunikation mit sich selbst, d. h. eine Zunahme der Selbstexploration, der kritischen Reflexion eigenen Verhaltens und der Bewusstwerdung eigener Anteile an Problemen. Ihr Innenleben wird für andere erfahrbarer.

Beziehung Therapeutin Klientin / Veränderungsprozesse der Therapeutin

Die Beziehung zwischen uns ist auf eine Art vertraut und selbstverständlich geworden. Dies führt bei mir mehrheitlich zu einer inneren Entspannung, wie ich sie in meiner beruflichen Tätigkeit als Therapeutin nicht oft erfahre. Auch die zeitweise Verslossenheit und Ausdrucksgehemmtheit Marias oder Stunden, in denen wir mehrheitlich UNO spielen, bringen mich wenig aus der Fassung. Doch vermutlich ist es gerade diese gefühlte Entspannung, die doch auch immer wieder meinen inneren Kritiker laut werden lässt, ob ich mich denn genügend engagiere, die Therapie genügend reflektiere und die Themen der Klientin genügend erfasse.

Die Tatsache, dass die Phasen des gemeinsamen Spielens nun definitiv vorbei sind, löst eine starke Wehmut in mir aus, die mich zeitweise etwas darin hemmt, mich authentisch und kongruent auf die von der Klientin eingebrachten, mir zum Teil fremden Jugend-Themen einzulassen. Ich nehme einen Parallelprozess zu eigenen Themen wahr, wie ich sie aktuell mit meinen eigenen Kindern erlebe. Das bewusste innerliche Abschied-Nehmen vom Kind Maria hilft mir, mich wieder ganz auf die jetzige Klientin einzulassen und wieder die starke innere Verbundenheit zu ihr zu spüren, gerade *durch* die vergangene, so intensive, gemeinsam erlebte Spiel-Zeit.

Standortbestimmung

In einer kurzen Standortbestimmung meint Maria auf mein Nachfragen: „Ich finde die Stunden hier ziemlich gut, ich fühle mich wohl.“ Gut tue ihr, dass ich ihr so genau zuhöre und sie offen über ihre Probleme reden könne (sie rede sonst kaum mit jemandem darüber) und dass sie auch Tipps bekomme. Sie könne jetzt viel besser über Schwieriges sprechen, sagen, was sie wolle und sich besser wehren und abgrenzen.

Sie möchte mit der Therapie so wie bisher, im Zweiwochenrhythmus, weitermachen.

Eine differenziertere Reflexion mit ihr über Veränderungen, Ziele und Erwartungen gestaltet sich als schwierig und kaum möglich.

Schluss

In den vielen Spielstunden und später auch gesprächspsychotherapeutischen Sitzungen wurde sich Maria ihren Bedürfnissen, Sehnsüchten, Enttäuschungen gewahrer, lernte ihre innere Welt kennen und begann sich behutsam mit dieser auseinanderzusetzen. Sie gewann dadurch zunehmend an innerer Stärke, an Selbsteilungskraft, die sie befähigte, positiver und interessierter auf neue Herausforderungen zugehen zu können, ohne,

wie früher, in panische Ängste oder zwanghaftes Kontrollieren zu geraten.

Es war und ist für mich nach wie vor sehr beeindruckend, mitzuerleben, wie Maria durch den ganzen Prozess hindurch ihren Weg ging, mit welcher Fähigkeit und mit welchem Ausdrucksvermögen sie sich weiterentwickeln konnte und ich freue mich, sie weiter begleiten zu dürfen.

Der beschriebene Prozessverlauf zeigt einmal mehr auf, dass Spieltherapie unter den Rogerschen Bedingungen (vgl. Rogers, 1983/2013) durchgeführt, funktioniert, auch wenn sich das Verfahren von der Arbeit mit Erwachsenen unterscheidet. Es gelang, mit der Klientin in Kontakt zu kommen und sie konnte mein Angebot, ihr empathisch und wertschätzend zu begegnen, ihr ein echtes Gegenüber zu sein, wahrnehmen. Ich durfte miterleben, wie der blockierte Entwicklungsprozess des Mädchens im Spiel und im Gespräch wieder in Fluss kam und die unter den massiven Bewertungsbedingungen entstandenen Inkongruenzen vermindert wurden. Die Therapie ließ mich einmal mehr erfahren, dass Selbstentwicklung möglich wird, wenn es gelingt, wertschätzend zu bleiben und kongruent mitzuspielen, trotz der erschwerenden Bedingung, dass im Spiel oft nicht alles empathisch zu verstehen ist.

Literatur

- Behr, M. (2012): *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 93–116). Heidelberg: Springer.
- Eckert, J. (2006). Der therapeutische Prozess in der Praxis. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 219–266). Heidelberg: Springer.
- Höger, D. (2006) Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 38–72). Heidelberg: Springer.
- Hufnagel G. (2003). Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Kontext von Heimerziehung. In C. Boeck-Singelmann et al., *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 3, (S. 237–255). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1961a/2002): *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1961: *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1983/2013). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt / Main: Fischer. (Orig. ersch. 1975: *Client-centered psychotherapy*. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, II, Volume 2, pp. 1831–1843. Baltimore: Williams and Wilkins.)
- Rösel, M. (2013). *Mit zerbrochenen Flügeln. Kinder in Borderline-Beziehungen*. München: Starks-Sture Verlag.

Einleitung der Herausgeber zum Artikel „In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy¹“

Jana Lammers

Hamburg

Nicht nur der PZA sieht sich aktuell wieder vermehrt mit angeblich empirisch untermauerten Behauptungen konfrontiert, andere Psychotherapieverfahren, insbesondere die CBT (Kognitiv-behaviorale Therapie), seien ihm in der Wirksamkeit überlegen. Die Herausgeber² wollen deshalb den Lesern der PERSON einen aktuellen Beitrag präsentieren, der diese Diskussion empirisch beleuchtet.

Bruce Wampold, bekannt als Mit-Autor des in 2018 in deutscher Sprache erschienenen Buches „Die Psychotherapie-Debatte“³, ist Vertreter des „Kontextuellen Metamodells“. Dieses postuliert im Gegensatz zum „Medizinischen Metamodell“, dass die Beziehung (zwischen Patient und Behandler) therapeutisch ist.

Der folgende Artikel „In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy“, den wir im englischen Original als Nachdruck veröffentlichen, befasst sich mit dieser immer wieder behaupteten größeren Wirksamkeit der CBT im Vergleich zu anderen Psychotherapieverfahren.

Diese Position wird bis heute vertreten, obwohl eine Arbeitsgruppe um Lester Luborsky bereits 1975 das Ergebnis vergleichender Meta-Analysen bezüglich der Wirksamkeit der verschiedenen Therapieverfahren mit den Worten des Vogels Dodo aus dem Buch „Alice in Wonderland“ zusammenfasste: „Everybody has won, and all must have prizes“⁴.

Dieses als „Dodo-Bird-Verdikt“ in die empirische Psychotherapieforschung eingegangene Ergebnis wird auch aus methodischen Gründen immer wieder angezweifelt. So wurden auch immer wieder Studien präsentiert, die eine größere Wirksamkeit von CBT gegenüber humanistischer Therapieverfahren belegen sollen.

In der aktuellen 6. Auflage des Standardwerks von „Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“⁵ haben Robert Elliott et al. diese Unterschiede nachgerechnet und dabei auch die therapeutische Orientierung („allegiance“) der Forscher in Rechnung gestellt. Das Ergebnis ihrer Re-Analysen zeigt, dass die Wirksamkeit zwischen den Humanistischen Therapieverfahren und CBT statistisch äquivalent ist.

Auch der nachfolgende Artikel von Bruce Wampold et al. legt am Beispiel von drei Meta-Analysen zur verhaltenstherapeutischen Angstbehandlung dar, dass die dabei festgestellte Überlegenheit von CBT gegenüber anderen Therapieansätzen ein Produkt der Auswertungsmethodik ist. Hier werden die spezifischen Probleme dieser Meta-Analysen nachgewiesen, die eine vermeintliche Überlegenheit von CBT aufzeigen.

Als generelles Fazit lässt sich feststellen: Die Ergebnisse aufwändiger empirischer Vergleichsstudien bzw. vergleichender Meta-Analysen garantieren nicht, dass diese auch valide sind.

Schlüsselwörter zum Artikel: Kognitiv-behaviorale Therapie, Meta-Analyse, Wirksamkeit von Psychotherapie, Ängstlichkeit

1 Zuerst erschienen: Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M. & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, Vol. 27, (Nos. 1–2), 14–32.

2 Es sind immer beide Geschlechter gemeint.

3 Wampold, B. E., Imel, Z. E., Flückiger, C. (2018) – *Die Psychotherapie-Debatte – was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.

4 Untertitel des Zeitschriftenartikels: Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy: Is it true “Everybody has won and must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.

5 Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change* (6th edition). New Jersey: Wiley. Deutsche Fassung: Lambert, M. J. (2013). *Bergin und Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation*. Tübingen: Dgvt-Verlag.

Editor's preface to “In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy”

Not only the PCA sees itself currently again increasingly confronted with allegedly empirically substantiated allegations that other psychotherapy methods, in particular CBT (cognitive behavioral therapy), are superior where efficacy is concerned. Hence, the publishers would like to present readers of PERSON with a recent article which provides empirical insight into this discussion.

Bruce Wampold, known as the co-author of the German-language book “Die Psychotherapie-Debatte” (lit.: “The Psychotherapy Debate”), which was published in 2018⁶, is a representative of the “contextual meta-model”. Contrary to the “medical meta-model”, it postulates that the relationship (between patient and therapist providing treatment) is therapeutic in nature.

The following article “In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy”, which we are publishing as a reprint of the English original, examines this repeated assertion that CBT is more effective than other psychotherapy methods.

Even today, this position continues to have its advocates, even though a working group led by Lester Luborsky summarized the findings of comparative meta-analyses regarding the efficacy of various therapeutic methods in 1975 with the following words from the Dodo in “Alice in Wonderland”:

“Everybody has won, and all must have prizes”⁷. Known as the “Dodo bird verdict” in empirical psychotherapy research circles, this finding is also often cast into doubt due to reasons related to methodology. For one, studies were repeatedly presented which claimed to prove the higher efficacy of CBT as compared to humanistic therapy methods.

In the current 6th edition of the definitive work “Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change”⁸, Robert Elliott et al. recalculated these differences, and also included the therapeutic orientation (“allegiance”) of the researchers in the calculations. The findings of their re-analyses show that the efficacy of humanistic therapy methods and CBT is statistically equivalent.

Using three meta-analyses on the treatment of anxiety disorders via behavioral therapy, the following article from Bruce Wampold et al. also demonstrates that CBT’s alleged superiority over other therapeutic methods is a product of evaluation methodology. It demonstrates the specific problems of these meta-analyses which claim to show that CBT is superior.

In general, the following conclusion can be made: The findings of sophisticated empirical comparative studies and/or comparative meta-analyses are not a guarantee that these findings are also valid.

6 Wampold, B. E., Imel, Z. E., Flückiger, C. (2018) – *Die Psychotherapie-Debatte – was Psychotherapie wirksam macht* (lit.: „The Psychotherapy Debate – What makes psychotherapy effective“). Bern: Hogrefe.

7 Sub-title of journal article: Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975).

Comparative studies of psychotherapy: Is it true “Everybody has won and must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.

8 Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change* (6th edition). New Jersey: Wiley.

In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy

Bruce E. Wampold^(i,ii), Christoph Flückiger⁽ⁱⁱⁱ⁾, A. C. Del Re^(iv), Noah E. Yulish⁽ⁱ⁾,
Nickolas D. Frost⁽ⁱ⁾, Brian T. Pace^(v), Simon B. Goldberg⁽ⁱ⁾, Scott D. Miller^(vi),
Timothy P. Baardseth^(vii), Kevin M. Laska^(viii) & Mark J. Hilsenroth^(ix)

Abstract

Objective: Three recent meta-analyses have made the claim, albeit with some caveats, that cognitive-behavioral treatments (CBT) are superior to other psychotherapies, in general or for specific disorders (e.g., social phobia). **Method:** The purpose of the present article was to examine four issues in meta-analysis that mitigate claims of CBT superiority: (a) effect size, power, and statistical significance, (b) focusing on disorder-specific symptom measures and ignoring other important indicators of psychological functioning, (c) problems inherent in classifying treatments provided in primary studies into classes of treatments, and (d) the inclusion of problematic trials, which biases the results, and the exclusion of trials that fail to find differences among treatments. **Results:** When these issues are examined, the effects demonstrating the superiority of CBT are small, nonsignificant for the most part, limited to targeted symptoms, or are due to flawed primary studies. **Conclusion:** Meta-analytic evidence for the superiority of CBT in the three meta-analysis are nonexistent or weak.

Keywords: cognitive behavioral therapy, meta-analysis, psychotherapy effectiveness, anxiety

Since the origins of psychotherapy, there have been ferocious debates about whether one treatment was better than another. Alfred Adler and Carl Jung parted ways with Sigmund Freud because of their differences about theory and practice—there was a correct way to conduct psychoanalysis and claims were made about the superiority of one approach to another. Over time, the actors changed but the script has remained the same:

Rivalry among theoretical orientation has a long and undistinguished history in psychotherapy dating back to Freud. In the infancy of the field, therapy systems, like battling siblings, competed for attention and affection in a “dogma eat dogma” environment. ... Mutual antipathy and exchange of puerile insults between adherents of rival orientations were much the order of the day. (Norcross & Newman, 1992, p. 3)

(i) Department of Counseling Psychology, University of Wisconsin–Madison, Madison, WI, USA; (ii) Research Institute, Modum Bad Psychiatric Center, Vikersund, Norway; (iii) Department of Psychology, University of Zürich, Zürich, Switzerland; (iv) VA Palo Alto Health Care System, Palo Alto, CA, USA; (v) Department of Educational Psychology, University of Utah, Salt Lake City, UT, USA; (vi) Center for Clinical Excellence, Chicago, IL, USA; (vii) Minneapolis VA Health Care System, Minneapolis, MN, USA; (viii) VA Salt Lake City Health Care System, Salt Lake City, UT, USA & (ix) Derner Institute, Adelphi University, Garden City, NY, USA

Correspondence concerning this article should be addressed to Bruce E. Wampold, Research Institute, Modum Bad Psychiatric Center, N-3370 Vikersund, Norway. E-mail: bwampold@wisc.edu

© 2016 Society for Psychotherapy Research

The presence of more than 400 brands of psychotherapy attests to the effort to develop therapies better than what presently exists, and each therapy has advocates who are prone to defend their territory (Dattilio & Norcross, 2006). Far from being an academic exercise, the process has momentous influence on policy and practice. If one treatment is indeed superior to another, then its adoption should improve the quality of mental health care. On the other hand, if there are no meaningful differences among treatments, limiting the availability of therapies to patients and therapists decreases quality and can be cost ineffective (Laska, Gurman & Wampold, 2014).

For many decades, arguments between rival schools were mainly theoretical or anecdotal in nature. A shift began in the 1950s and 1960s when Hans Eysenck used evidence from studies of psychotherapy to make claims about the superiority of behavioral therapies (Eysenck, 1952, 1961, 1966). Eysenck's claims changed the warrants that were used to argue about superiority, putting evidence at the forefront (Wampold, 2013b). The surge in the number of psychotherapy effectiveness studies led to meta-analysis as a means to synthesize this evidence and draw conclusions (Hunt, 1997; Mann, 1994; Wampold & Imel, 2015).

One of the first applications of meta-analysis involved Smith and Glass's (Smith & Glass, 1977; Smith, Glass, & Miller, 1980) meta-analyses of psychotherapy. Their finding that psychotherapy was remarkably effective contrasted sharply with Eysenck's claims. These meta-analyses further documented that

all treatments—behavioral and otherwise—were essentially equally effective when confounds were identified and controlled. Over the years, meta-analysis after meta-analysis have returned similar results; namely, that psychotherapies, in general, and for any particular disorder, are equally effective, and any differences found tend to be quite small and clinically unimportant (Laska et al., 2014; Wampold & Imel, 2015).

Despite this evidence, the quest to identify the “best” treatment approach continues. To this end, a handful of recent meta-analyses have purported to show that cognitive-behavioral treatments (CBT) are superior to other treatments for some specific disorders and more generally (Marcus, O’Connell, Norris, & Sawaqdeh, 2014; Mayo-Wilson et al., 2014; Tolin, 2010, 2014). For social phobia, Mayo-Wilson et al. (2014) stated the following:

In particular, individual CBT had a greater effect than psychodynamic psychotherapy and other psychological therapies (interpersonal psychotherapy, mindfulness, and supportive therapy). Many of the psychological treatments with large effects were versions of CBT (individual, group, or self-help), suggesting that CBT might be efficacious in a range of formats. Psychodynamic psychotherapy was also effective, although its effects were similar to psychological placebo ... Taking these factors into account, NICE [The National Institute for Health and Care Excellence in the UK] recently concluded that individual CBT should be offered as the treatment of choice for social anxiety disorder. (pp. 374, 375)

Marcus et al. (2014) made the following conclusion, with regard to the superiority of CBT generally, albeit with some qualifications:

Contrary to the Dodo bird hypothesis, there was evidence of treatment differences for primary outcomes at termination ... cognitive-behavioral treatments may be incrementally more effective than alternative treatments for primary outcomes. (p. 519)

Tolin (2014), with regard to anxiety disorders, also made a qualified statement about the superiority of CBT:

It is suggested that the “signal” of CBT versus other psychotherapies can easily be seen or not seen, depending on what one chooses to analyze. The present analysis replicates the previous finding by Tolin (2010) that patients receiving and completing CBT fare significantly better at posttreatment than do patients receiving and completing other psychotherapies. (p. 351)

The purpose of the present article is to illustrate how certain conclusions from these meta-analyses may be flawed, based on how meta-analytic procedures are applied. As with any complex analytic procedure, there are opportunities for statistical and procedural errors. In this article, the three meta-analyses that concluded that CBT was superior to other treatments will be used to illustrate that care must be taken before various conclusions can be asserted. First the three meta-analyses are

reviewed, then a number of common and specific problems will be identified in the meta-analyses that require diligence and finally solutions and recommendations that address these problems are offered.

The Meta-Analyses

Tolin (2014)

In 2010, Tolin conducted a meta-analysis of CBT versus other psychotherapies by examining studies in which two or more bona fide treatments were directly compared—a commendable feature that will be discussed below. Chief among the findings was that CBT was superior to other therapies for anxiety and depression.

The finding for depression was surprising given it contradicts one of the other meta-analysis to be discussed here (viz., Marcus et al., 2014) as well as other meta-analyses showing that all bona fide treatments for depression to be roughly equally efficacious (Cuijpers et al., 2013; Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008; Driessen et al., 2010; Wampold, Minami, Baskin, & Tierney, 2002). As well, the Tolin (2010) analysis omitted some prominent direct comparisons of CBT with other treatments for depression (e.g., emotion-focused therapy; see Baardseth et al., 2013).

With regard to anxiety, Baardseth et al. (2013) noted that Tolin (2010) only included four studies that directly compared CBT to other bona fide psychotherapies and they were dated (viz., published in 1967, 1972, 1994, and 2001), which makes any conclusion about the superiority of CBT for anxiety tenuous. According to Baardseth et al., the limited number of studies included for anxiety was due to the definition of CBT employed by Tolin, who classified both eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR) and present-centered therapy (PCT) as CBT, whereas others have classified these same treatments as *not* CBT, which raises the question, “What is CBT?” (This question will be discussed here, but the reader is referred to Baardseth et al., Tolin, 2014, and Wampold 2013a for a discussion of this as well.) Because the definition of CBT, and the inclusion criteria that operationalize the definition, are ambiguous and change from study to study, Baardseth et al. used ratings of CBT experts to determine which treatments were considered CBT. In contrast to Tolin et al. (2010), the CBT experts classified both EMDR and PCT as not CBT. Based on experts’ classification of CBT, the Baardseth et al. analysis found that CBT was not superior to other treatments for anxiety, on both non-disorder-specific and disorder-specific outcome measures.

In response to Baardseth et al.’s finding that CBT was not superior for anxiety disorders, Tolin (2014) reanalyzed the studies

Table I. Corrected effect sizes for CBT versus other therapies for anxiety for intent-to-treat (ITT) and completer samples.

Measures	Combined		ITT		Completers	
	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
Targeted	0.14	.21	0.14	.20	0.27	.05+
Non-targeted	0.09	.37	0.14	.13	0.10	.49

Source: Tolin (2014, 2015).

Note: Positive effect size indicates CBT produced superior outcomes. Combined samples were ITT, when available, and completers otherwise.

in Baardseth et al. and it is this reanalysis (and its corrigendum, Tolin, 2015) that is one of the three meta-analyses examined in this article. Based on the reanalysis, Tolin (2014) concluded, “The present analysis replicates the previous finding by Tolin (2010) that patients receiving and completing CBT fare significantly better at posttreatment than do patients receiving and completing other psychotherapies” (p. 357). Unfortunately, for one study (viz., Schnurr et al., 2003), Tolin (2014) miscalculated the effect by using the standard error rather than the standard deviation, which inflated the effect by a factor of 10 in favor of CBT. The corrected analyses appeared in a corrigendum (see Tolin, 2015) and the results of the primary contrast between CBT and other treatments are summarized in Table I. *All effects were small and nonsignificant.* Nevertheless, the following conclusion was still offered: “The basic conclusion that a signal favoring CBT over other psychotherapies is evident” (Tolin, 2015, p. 315).

Tolin (2014, 2015) went on to conduct a number of subsequent analyses, searching for a signal detectable from background noise, to use his metaphor. A number of problems related to this meta-analysis will be discussed as issues related to conducting and understanding meta-analyses are presented.

Marcus et al. (2014)

The central purpose of Marcus et al.’s (2014) metaanalysis was to replicate Wampold, Mondin, Moody, Stich, et al. (1997)’s analysis of direct comparisons between bona fide treatments. As will be discussed in some detail below, direct comparisons are the best available means to test relative efficacy. In the 1997 meta-analysis, Wampold et al. retrieved all direct comparisons of bona fide treatments, regardless of theoretical approach, in six major journals and found that the effects of nearly 300 such comparisons were homogeneously distributed around zero, indicating that the distribution of effects were as expected if the true difference among treatments was zero. The statistical method used, although criticized (and misunderstood) by some (e.g., Howard, Krause, Saunders & Kopta, 1997), has been investigated and found to be statistically sound (Wampold & Serlin, 2014). Wampold et al. also calculated an upper bound of the

difference between treatments, by taking the average of the absolute values of the differences, and found the upper bound to be approximately $d = 0.20$, a small effect and one which overestimates the true difference between treatments (Wampold & Serlin, 2014).¹

Marcus et al. (2014) retrieved studies from the same six journals used by Wampold, Mondin, Moody, Stich, et al. (1997) but with some important alterations. First, they analyzed only trials published since Wampold, Mondin, Moody, Stich, et al. (viz., 1997–2012). Second, they segregated primary and secondary measures, as opposed to Wampold et al. who aggregated all measures within studies, and analyzed results at termination and follow-up (Wampold and colleagues did both of these analyses in a follow-up report; see Wampold, Mondin, Moody, & Ahn, 1997).

Marcus et al. used Wampold et al.’s method to conduct the omnibus test of differences among treatments. The statistic *W* indexes the degree to which treatments differ and as noted in Table II, *W* was sufficiently large to reject the null hypothesis that all treatments were equally effective for the primary measures, a result different from Wampold et al. No differences among treatments were found, however, on secondary measures. Marcus et al. also calculated an upper bound index using the same method as Wampold et al., which was similar in size to Wampold et al. (viz., 0.29 for primary measures and 0.19 for secondary measures).

In an innovative way, Marcus estimated the upper bound when there were no differences among treatments (i.e., under the null hypothesis of no differences) by using pretest effects, which with random assignment would on average demonstrate no differences. For the pretreatment scores, the estimated upper bound was 0.11 (i.e., when there are no differences, the upper bound will be about 0.11). In Table II, the estimated effect for differences among treatments is presented as the difference between the upper bound à la Wampold et al. and the expected upper bound when there are no true differences à la Marcus et al., yielding an appealing estimate of treatment differences. Calculated this way, the effects were quite small (viz., 0.18 and 0.08 for primary and secondary measures, respectively).² The results at follow-up were similar, but generally even smaller (see Marcus et al.).

Marcus et al. (2014) followed up the omnibus test of differences by examining the CBT contrast, which involved comparisons of CBT to other treatments.

1 Wampold and Serlin (2014) discussed the expected value of the mean of the absolute value of the standardized effects, a more appropriate method to describe the effect of produced by differences among treatments.

2 Wampold and Serlin (2014) described an alternative way to examine expected values of effects under the null hypothesis first derived analytically by Geary (1935).

Table II. Omnibus tests of differences and CBT contrast at termination.

Omnibus test						
Outcome	<i>k</i>	<i>W</i>	<i>p</i>	Upper bound	Expected upper bound under null	Estimated effect
Primary	50	107.48	<.01	0.29	0.11	0.18
Secondary	38	43.85	.20	0.19	0.11	0.08
CBT v. other treatments						
	<i>k</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>Q</i>	<i>p</i>	
Primary	40	0.16	<.01	54.87	.04+	
Secondary	32	0.07	.10	33.81	.33	

Source: Marcus et al. (2014).

Note: The notation used here follows that of Wampold and Serlin (2014) for the omnibus test.

The results at termination are presented in Table II, where it can be seen that the effects were small (viz., 0.16 and 0.07 for primary and secondary measures, respectively). Although the contrast for primary measures was statistically significant, the interpretation of this result is mitigated by significant heterogeneity, as indicated by the *Q* statistic. Follow-up effects were generally smaller. Marcus et al. also reported effects for CBT versus various other treatments and found that CBT was superior to psychodynamic (PD) therapies (*d* = .38, but based on only three studies, all of which may have significant limitations, see Leichsenring et al., 2015), which resulted in the conclusion, “However, compared to CBT, psychodynamic therapy has not fared especially well in either the current meta-analysis or in Tolin (2010), which *may not encourage additional research focused on these treatments*” (emphasis added, p. 528).

Marcus et al. (2014) examined outliers by removing one effect at a time from the analysis. In some instances, removing Clark et al. (2006), who compared CBT and a form of relaxation therapy for social anxiety, changed the conclusions because the effect for this study was extraordinarily large (viz., *d* = 1.14). This trial, as discussed below, is problematic for a variety of reasons.

Given the relatively small effects, significant only for primary measures, affected by an outlier, and which decreased at follow-up, Marcus et al. (2014) seemed to recognize their results necessitated nuance rather than a declaration of superiority when it came to CBT. When examining the nature of studies that showed large effects for CBT, they observed:

Each of these four studies, a highly symptom focused treatment (habit reversal or CBT) was more effective than a less focused treatment (supportive therapy, meditation, or applied relaxation) at reducing a very specific symptom (tics or panic attacks) or a relatively specific symptom (social phobia). (p. 527)

In the end, Marcus et al. made the following conclusion:

In support of specific ingredients, at termination some treatments were more effective than others for treating focused symptoms. ... Thus, although it would be irresponsible to withhold

proven treatments when clients present seeking relief from specific symptoms such as panic attacks or tics, for most clients it is unlikely that the specific treatment manual used by the therapist will have a major impact on the treatment outcome, especially in the months following the termination of therapy. These conclusions remain strikingly similar to those reached by Luborsky et al. (1975) [i.e., dodo bird conclusion] almost 40 years ago. (p. 529)

Mayo-Wilson et al. (2014)

Tolin (2014, 2015) and Marcus et al. (2014) meta-analyzed direct comparisons between treatments, a recommended practice for determining relative efficacy (Shadish & Sweeney, 1991; Wampold, Mondin, Moody, Stich, et al., 1997). Unfortunately, for many situations there is an insufficient number of comparisons to estimate the difference between two classes of treatment with much precision (cf., Marcus et al.’s CBT versus PD comparison with only three such comparisons). However, newly developed methods estimate differences between classes of treatments by using indirect comparisons as well as direct comparisons. It may well be that there are few if any direct comparisons of treatments A and B (denoted as AB), but there are many comparisons of A with C (AC) and B with C (BC). Then the effect for AB can be estimated indirectly from the effects for AC and BC using the transitive property, a procedure that has been called network meta-analysis (see Cipriani, Higgins, Geddes, & Salanti, 2013; Lumley, 2002). For example, Cipriani et al. (2009) used network meta-analysis to estimate the comparative efficacy of 12 new-generation antidepressants despite the fact that there were no comparisons between pairs of two particular antidepressants (e.g., Milnacipran versus Mirazapine). Effects in network meta-analyses are often reported with regard to a reference group, in the case of antidepressants Fluoxetine, based on the fact that it was the first new-generation antidepressant to be marketed in the US and because it was often used as a reference drug in direct comparisons. Network meta-analyses typically are based on Bayesian estimates, although frequentist approaches exist.

Table III. Estimated effects for psychological interventions based on direct and indirect comparisons.

Intervention	<i>k</i>	versus Waitlist control		versus Group CBT		versus Individual CBT	
		SMD	Credible interval	SMD	Credible interval	SMD	Credible interval
Individual CBT	15	1.19	0.81; 1.56	0.27	-0.28; 0.81		
Group CBT	28	0.92	0.51; 1.33			-0.27	-0.81; 0.28
Exposure/social skills	10	0.86	0.29; 1.42	-0.06	-0.74; 0.61	-0.33	-0.99; 0.33
Self-Help with support	16	0.86	0.36; 1.36	-0.05	-0.69; 0.58	-0.32	-0.94; 0.30
Self-Help without support	9	0.75	0.26; 1.25	-0.17	-0.80; 0.47	-0.43	-1.05; 0.19
Psychological placebo	6	0.63	0.36; 0.90	-0.29	-0.72; 0.14	-0.56	-1.00; -0.11
PD	3	0.62	0.31; 0.93	-0.30	-0.80; 0.20	-0.56	-1.00; -0.11
Other psychotherapy	7	0.36	-0.12; 0.84	-0.55	-1.17; 0.06	-0.82	-1.41; -0.24

Source: Mayo-Wilson et al. (2014).

Note: *k* = number of studies in database (not number of direct comparisons); SMD = standardized mean difference. Positive SMDs indicate that the row treatment was superior to the column comparison group and negative SMDs indicate the row treatment was inferior to the column comparison group. Shaded cells indicate effects found to be significantly different from zero.

Mayo-Wilson et al. (2014) conducted a Bayesian network meta-analysis of psychological, self-help, and pharmacological interventions for social anxiety, using wait-list controls as the reference group. Classes of treatments included five drugs (viz., monoamine oxidase inhibitors, benzodiazepines, selective serotonin-reuptake inhibitors and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SSRIs and SNRIs, respectively), five psychotherapies (viz., individual CBT, group CBT, PD, exposure and social skills, and other psychological therapies), three types of control groups (viz., waitlist, pill placebo, and psychological placebo), self-help (viz., promotion of exercise, self-help with support, and self-help without support), and combined psychotherapy/drugs. By far, the greatest number of comparisons were between various SSRIs/SNRIs and pill placebo; CBT conditions predominated the psychotherapy conditions.

The pertinent results of Mayo-Wilson et al.'s (2014) meta-analysis are summarized in Table III, which presents the effect sizes for social phobia symptoms (denoted as standardized mean differences, SMD) for the psychological interventions compared to the reference group (waitlist controls) as well as to Group CBT and Individual CBT.³ Note that in this table, *k* is the number of studies in the data base and *not* the number of direct comparisons between treatments. The credible interval is the Bayesian analog of a confidence interval.

Mayo-Wilson et al. (2014) found that all psychological interventions, with the exception of Other Psychotherapies, were significantly superior to waitlist controls (i.e., credible interval did not include zero), including Psychological Placebos. Notably Group CBT was not significantly superior to any of the other psychological interventions including Psychological

Placebo. Individual CBT was superior to PD Therapy, Other Psychotherapy, and Psychological Placebos. Moreover the effect sizes reported for CBT versus other treatments were larger than those of either Tolin (2014, 2015) or Marcus et al. (2014). However, there are issues that call into question the validity of these estimates, as will be discussed in detail below.

Issues in the Interpretation of Meta-Analyses

Nearly 50 years have passed since the publication of Smith and Glass's (1977; Smith et al. 1980) pioneering meta-analyses showed psychotherapy was effective and all treatments were equally effective when confounds were controlled. While widely accepted today, it is easy to forget the controversy surrounding meta-analytic methods when they were first used. Indeed, the entire meta-analytic enterprise was severely criticized (see Wampold, 2013b; Wampold & Imel, 2015). In the critique that follows, it is argued that the method of meta-analysis is not flawed, but rather how the methods were and are being used to reach conclusions is what are of concern, particularly when meta-analyses are used to assess relative efficacy. The three meta-analyses will be used to illustrate the issues; recommendations for correcting some of the problems will then be presented.

Effect Size, Power, Statistical Significance

The power of meta-analysis to detect aggregate effects is generally quite sufficient to detect relatively small effects, if the number of studies and the number of subjects per condition in the studies are reasonably large (Hedges & Pigott, 2001); the omnibus test used by Marcus et al. (2014) to examine relative efficacy is also adequately powered (Wampold & Serlin, 2014). An untoward aspect of relatively high power is that small effects,

³ Mayo-Wilson et al. (2014) also analyzed recovery rates and the results were similar to the social anxiety symptoms. However, secondary measures were not coded or analyzed.

which are clinically unimportant, will be detected (i.e., found statistically significant). In all, 9 out of the 10 effects reported by Tolin (2014, 2015) and Marcus et al. (2014), critical to their case for the superiority of CBT (see Tables I and II), were below 0.20. Despite the relatively high power of meta-analysis, only 2 of the 10 comparisons were statistically significant.

The effects reported by Tolin and Marcus raise critical issues, the first of which is: How large should an effect be to alert the field that something important has been detected? An effect size of 0.20 is generally considered small and clinically unimportant. Given the variability within treatments, due to patient characteristics and therapist effectiveness, and the established contributions of various common factors such as the alliance and empathy, which produce effects (d equivalents) in the range of 0.50–0.75 (Norcross, 2011; Wampold & Imel, 2015), it is difficult to argue that a difference between treatments in the range of 0.20 establishes the superiority of a given treatment, even if such differences were statistically significant, which for Marcus et al. (2014) and Tolin (2014, 2015), they were not.

Therapist effects, well established empirically (Baldwin & Imel, 2013), lead to an overestimate of the true difference between treatments, even when therapist effects are quite small (Wampold & Serlin, 2000). This issue, which is generally unaddressed in primary studies, affects the meta-analysis of such effects, resulting in overestimates at the meta-analytic level and in liberal error rates (i.e., falsely rejecting the null hypothesis of no differences; Owen, Drinane, Idigo, & Valentine, 2015). That is, the effects detected in these meta-analyses, which are very small, are actually *inflated*.

A related issue is that the point null (in this case, that the difference between treatments is zero) is most certainly false and a very small effect can be detected with sufficient power (see Meehl, 1967, 1978). But the converse is also problematic: Studies with low power may well fail to detect true differences, even relatively large ones. Relying solely on statistical significance of effects (i.e., ignoring power and effect sizes) will create a paradox, where a small effect, detected in well powered study, is used to justify a claim, whereas a much larger effect, undetected in an underpowered study, is ignored.

To illustrate, consider a test of whether prolonged exposure (PE) exacerbates post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms. In an investigation of this conjecture, Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, and Alvarez-Conrad (2002) used the results of a study of female victims of assault, who were randomly assigned to PE or to PE combined with cognitive restructuring (PE/CR). In the PE conditions, prolonged exposures were introduced in session 3 whereas they were introduced in the PE/CT condition in session 4, permitting an examination of deterioration from sessions 3 to 4 in the two conditions—if PE caused deterioration, then patients who received exposure in

session 3 (i.e., those in the PE condition) would have shown more ill effects after session 3 than patients who had not received exposure in session 3 (i.e., those in PE/CT). Effects were assessed on several dimensions, including PTSD symptoms, general anxiety, and depression. Deterioration was determined by a reliable worsening of symptoms. Patients in the PE did indeed demonstrate more deterioration between sessions 3 and 4 than did patients in PE/CT, although in most cases the results were not statistically significant. As well, those who did deteriorate also showed poorer final outcomes, although again, the result was not statistically significant. Foa et al. claimed, “The results of the present study are reassuring about the tolerability of exposure treatment for clients with chronic PTSD” (2002, p.1026). Although Foa et al. claimed that there was adequate power to detect a medium effect (power in excess of 0.64 with alpha equal to 0.05), we calculated the effects for all of the tests conducted by Foa et al., converted them to d , and found that they ranged from 0.37 to

(mean effect = 0.44). *The problem is evident*: An effect in the neighborhood of 0.20 is used as evidence that CBT is superior to other treatments, but effects in range of 0.44 do not signal an issue for the harm caused by PE. Certainly, Marcus et al. (2014) and Tolin (2014, 2015) cannot be responsible for the claims made by Foa et al. However, scientific results are the product of a community of scientists who are bound to have standards that apply across researchers and instances and remain unchanged over the course of an investigation of a phenomenon (Lakatos, 1970; Lakatos & Musgrave, 1970; Larvor, 1998). The conclusion that an effect of .20 established the superiority of CBT requires the conclusion that PE be deemed harmful (an effect $>.40$); conversely, if PE is deemed not harmful then it must be concluded that CBT is not superior to other treatments.⁴

A third issue is related to statistical significance as it applies to error rates. A well-known threat to validity is what has been called fishing and error rate threats (Shadish, Cook, & Campbell, 2002). Protection of experiment-wise error rates is critical, as meta-analyses are vulnerable to false rejection of the null (Type I errors) in the same manner as primary studies. Efforts need to be made to control error rates in some way, particularly when one is *looking* for a particular result. Protection of error rates is accomplished by one of two strategies. First, an omnibus test can be conducted—if significant, *post hoc* tests of various types can be conducted. Second, in lieu of an omnibus test planned comparisons can be utilized. Regardless of whether planned comparisons or *post hoc* comparisons

4 Many would say the threshold for harm should be lower that it is for benefits. The risk of failing to claim that one treatment is not more effective when indeed one treatment is truly more effective than another is less than the risk of failing to claim a treatment is harmful when indeed it is harmful (i.e., “First, do no harm”).

are examined, corrections to error rates must be made to ensure that the overall error rate is not inflated. Examination of the number of tests conducted in each of the three meta-analyses reveals that each meta-analysis performed an extraordinarily large number of tests.

The problem associated with failing to control error rates can be illustrated by examining the analytic method of network meta-analyses, as illustrated by Cipriani et al. (2009), who used network meta-analyses to compare the relative efficacy of 12 new-generation antidepressants. In their analysis, each pairwise comparison was examined, yielding $(k)(k-1)/2 = 66$ comparisons, of which several comparisons were significant, leading to the conclusion that some antidepressants were more (or less) effective than others. This conclusion was criticized on a number of grounds related to biases inherent in network meta-analyses (Del Re, Spielmanns, Flückiger, & Wampold, 2013; Trinquart, Abbé, & Ravaud, 2012; Trinquart, Chatellier, & Ravaud, 2012), but here only the error inflation problem is examined. Del Re et al. (2013) created simulated data sets using the parameters of the Cipriani et al. trials under the null where no treatment differences existed among the antidepressants. They found that under the null hypothesis of no differences, 70% of the time at least one false statistically significant treatment difference would be detected (i.e., 70% of the time, it would be found that one or more drugs would be declared superior to another when there were absolutely no differences between any of the drugs). In about two-thirds of the cases, three or more differences were falsely detected. Clearly, when examining pairwise comparisons, error rates in network meta-analyses are a problem.⁵

One appropriate means for addressing the error rate problem would be to conduct an omnibus test of the null hypothesis that there are no differences among treatments. This is exactly the hypothesis tested by the methods developed by Wampold (Wampold, Mondin, Moody, Stich, et al., 1997; Wampold & Serlin, 2014) and used by Marcus et al. (2014). If the null cannot be rejected, then pairwise comparisons should not be examined. And indeed, in Cipriani et al. (2009) the null hypothesis that all second-generation antidepressants are equally effective could not be rejected (Del Re et al., 2013; Wampold & Serlin, 2014), nullifying the conclusions of the Cipriani network meta-analysis. Even when the omnibus null is rejected, adjusted error rates must still be used (i.e., one cannot test all pairwise comparisons at .05 even if the omnibus null is rejected).

We conducted an omnibus test of the psychological treatments for Social Phobia examined by Mayo-Wilson et al. (2014) referenced in Table III, omitting the category Other, as it contained treatments that were designed as “intent-to-fail” treatments (Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004), as discussed below. Effect sizes between all 21 pairwise comparisons of the 7 treatments were provided by Mayo-Wilson and the variances of these estimates were derived from the credible intervals. Using these estimates it was found that the null hypothesis of no differences could not be rejected ($W = 26.36$, which when compared to a chi-square distribution with 21 degrees of freedom was not statistically significant, $p = .19$). *That is, there is no evidence that the differences between classes of psychological treatments for social anxiety, including psychological placebos, are other than zero and consequently it does not make sense to examine post hoc pairwise differences in the manner of Mayo-Wilson.* In this analysis the upper bound for the differences between classes of treatment was 0.23, a small effect in line with estimates produced by Wampold, Mondin, Moody, Stich, et al. (1997) and Marcus (2014).

Based on the above noted concerns about effect sizes and error rates, three recommendations can be made regarding meta-analyses aimed at estimating the relative effectiveness of psychotherapy approaches:

- (1) The scientific community needs to stipulate what is a clinically meaningful effect—and use that standard when making conclusions.
- (2) Meta-analysts must preserve error rates within an analysis. To the extent possible, meta-analytic hypotheses should be focused on crucial conjectures or important clinical questions (Rosnow & Rosenthal, 1988). Prior to conducting pairwise tests, where possible, the omnibus null should be tested. In any event, as Matt and Cook (2009) note with regard to meta-analysis, “To reduce capitalizing on chance, researchers must adjust error rates, examine families of hypotheses in multivariate analyses, or stick to a small number of a priori hypotheses” (p. 545).
- (3) Rather than testing the point null (effects are zero), a more scientific and valid way to proceed would be to adopt a non-inferiority strategy, where one stipulates a priori how large a difference would be meaningful and then test a range null hypothesis (i.e., the true value for the differences is in the stipulated range; see Minami, Serlin, Wampold, Kircher, & Brown, 2008; Serlin & Lapsley, 1985, 1993).⁶

5 Error rates were clearly a problem in Tolin (2014, 2015), who in his search for a signal, conducted in the neighborhood of 40 statistical tests. Although none of the primary contrasts between CBT and other treatments were significant (see Table I), more than 20 tests of various other contrasts were conducted.

6 At present, a range null strategy for meta-analysis has not been devised, although such a test should not be difficult to fashion, a test being investigated by the first author.

Disorder-Specific Symptom Measures

Recall that Marcus et al. (2014) and Tolin (2014, 2015) segregated outcome measures into two categories: primary, defined essentially as disorder-specific symptom measures, and secondary, a class that contains all other measures including symptom measures for disorders other than that being targeted, well-being, quality-of-life, and any other measures of general mental health or distress. Recall also no differences between CBT and other treatments were detected when these secondary variables were examined (see Tables I and II). Rather, only small effects were detected for the primary measures.⁷ To be clear, *none of the three meta-analyses claiming CBT superiority reviewed here detected any effects for outcomes other than for the primary targeted symptoms.*

Tolin (2014) argued that psychological treatments should be evaluated exclusively with primary measures as the treatments are intended to be remedial for particular disorders. Examination of outcomes other than the targeted symptoms, according to Tolin (2014), is “rather unique” (p.353). For the reasons discussed below, the present authors disagree, contending that it is essential to consider, and perhaps emphasize, outcomes other than targeted symptoms when evaluating treatment approaches.

The first issue is that the emphasis in clinical research on psychological treatments for particular disorders, which goes back to the beginning of the empirically supported treatment movement (Chambless & Hollon, 1998; see also Wampold & Imel, 2015), ignores some crucial facts about psychopathology and treatment. Most importantly, comorbidities are typical. Patients with the most prevalent and disabling mental disorders also meet criteria of multiple diagnoses. Between 84% and 97% of patients reporting the symptoms of one disorder qualify for at least one other disorder (Gadernann, Alonso, Vilagut, Zaslavsky, & Kessler, 2012). As one example, motivated by Mayo-Wilson et al.’s (2014) focus on the reduction of symptoms for social anxiety, over 90% of individuals qualifying for a social phobia diagnosis qualified for another diagnosis and the mean number of other diagnoses for people with social phobia was 3.5 (Gadernann et al., 2012). Moreover the disease burden of those with mental disorders is due, to a large extent, to comorbidities and not simply to the additive effects of having more than one disorder. Based on results from the National Comorbidity Survey Replication, it was concluded,

These results underscore the importance of including information about comorbidity in studies of burden ... [and] arguing

⁷ Interestingly a similar pattern of results (viz., no differences for secondary measures and very small differences for primary measures) were found for dismantling studies (Bell, Marcus, & Goodlad, 2013).

against a focus on pure disorders in epidemiological studies designed to evaluate the effects of mental disorders on functioning as well as in studies designed to evaluate the effects of treatment in reducing the impairments associated with mental disorders. (Gadernann et al., 2012, p.84)

A second point that should temper enthusiasm for meta-analyses of disorder-specific measures is related to the problems with the nosology for diagnosis of mental disorders (DSM or alternatives), which are pervasive, as most of us are well aware (see e.g., Greenberg, 2013; Zachar, 2015). Alternative ways to conceptualize, understand, and treat mental disorders are gaining scientific attention, including Research Domain Criteria (Lilienfeld, 2014) and trans-diagnostic treatments (Barlow et al., 2011).

The first two issues discussed here, comorbidity and problems with nosology, raise the issue about higher order factors underlying psychopathology. Based on an extensive longitudinal data from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study, Caspi et al. (2014) found that a general psychopathology factor explained all psychiatric disorders. Termed the *p factor*, the authors reported,

... evidence pointing to one general underlying dimension that summarized individuals’ propensity to develop any and all forms of common psychopathologies ... Higher scores on this dimension were associated with more life impairment, greater familiarity, worse developmental histories, and more compromised early-life brain function. (p.131)

Given that underlying factors might well lead to the development of multiple disorders as well as the prevalence of comorbidity, it is reasonable to suggest that symptoms for one identified disorder may be what in medicine are called *surrogate endpoints*. Surrogate endpoints are outcomes that correlate with clinically important outcomes but are used to substitute for meaningful health outcomes (Psaty, Weiss, & Furberg, 1999). Blood pressure would be a surrogate endpoint in a trial where reduction in blood pressure substitutes for measures of mortality or cardiac morbidity. Use of surrogate outcomes has often obscured the efficacy and risk of medical treatments:

Surrogate end points sometimes fail to serve as valid predictors of important health outcomes ... Drug therapies usually have multiple effects, and resorting to a single surrogate end point that focused exclusively on 1 intermediate effect often precludes the evaluation of other intended or unintended health effects.⁸ (Psaty et al., 1999, pp.786, 787)

If reduction in symptoms of one specific disorder does not also increase quality of life, well-being, interpersonal relations,

⁸ Of course, there are differences in disorder-specific symptom measures and many surrogates in medicine. In psychiatric disorders the symptoms are typically distressing to the patient whereas in medicine surrogates can be asymptomatic risk factors, such as hypertension or elevated cholesterol levels in cardiac disease.

and ability to work and function in society, then such symptoms may well be surrogate measures.

The focus on disorder-specific symptoms ignores what is known about psychopathology, epidemiology of mental disorders, the burden of disorders, and clinical reality. To make the claim that CBT is superior to other treatments only on disorder-specific symptoms essentially states that, as Marcus et al. (2014) discussed, attempts to reduce particular symptoms can be successful but have little, if any effect relative to other treatments on relieving the burden of mental disorders. As an example, patients may find a reduction in tics for Tourette Syndrome with a treatment solely focused on the tics, relative to a less focused treatment. However, most patients seek a reduction in the burden of their disorder, which is often captured by non-disorder-specific measures.

Efforts to identify specific treatments for specific disorders underscores the importance of a principle clearly enunciated by Jerome Frank over 50 years ago. To wit, the success of psychotherapy depends on the efforts the patient makes to address particular problematic areas in one's life (Frank & Frank, 1991; Wampold & Imel, 2015). Indeed, the degree to which gains in functioning are attributed to the patient's own efforts leads to sustained benefits (Lieberman, 1978; Powers, Smits, Whitley, Bystritsky, & Telch, 2008). Unstructured treatments—that is, therapies without actions the patient believes are associated with directly overcoming particular difficulties—have little power to change the focal problems, an observation that is predicted by common factor theories and is supported by the evidence (Wampold & Imel, 2015). Here, it is important to remember, CBT is not the only approach that focuses on particular problems (e.g., short term dynamic therapies for particular disorders).

Based on the foregoing issues related to reliance on symptom-specific measures, two recommendations can be made regarding meta-analyses aimed at assessing the outcome of various psychotherapies:

- (1) Clinical trials of psychological treatments should measure outcomes related to broad categories of symptoms, well-being, life functioning, and quality of life as well as symptoms related to the primary diagnosis.⁹
- (2) Meta-analyses should analyze and report effects for the

⁹ We are well aware that researchers are required to designate the primary outcome for clinical trials by various governmental agencies (see clinicaltrials.gov), in an effort to reduce Type I Errors. We endorse the intent of such efforts—indeed, the purpose of this review is to point out that through various means an omnibus Type I Error has been committed (viz., claiming that CBT is superior to other treatments). Nevertheless, conclusions restricted to a primary measure, which might make sense in medicine (but see the literature on surrogate endpoints), are problematic for patients seeking psychotherapy.

various categories of outcomes as well as primary measures. Meta-analyses, such as Mayo-Wilson et al. (2014) that examine *only* targeted measures can be, and are likely to be, misleading and perhaps clinically unimportant.

Classifying Treatments—What Is CBT?

Claiming that CBT is superior to other treatments requires that the essential properties of the approach are known—a task that has proven difficult, if not impossible, to achieve. In their response to Tolin (2010), Baardseth et al. (2013) made the following observation:

Critical to the proposition that CBT is superior to other treatments is the taxon CBT. What is CBT? What are its essential features? What is the definition of CBT? Although, as Lakatos observed, concepts and taxons can be and are altered as science progresses, they should be done so on a rational basis—in a way that clarifies rather than on an ad hoc basis to protect the hard core of a research program. As Larvor (1998, p. 19), in his commentary on Lakatos, “Nevertheless those meanings (whatever they may be) must remain fixed from one end of the argument to the other.” When statements are made about the superiority of CBT, the nature of the taxon CBT either has to be fixed, or altered in a rational way—that is, in a way that clarifies the essential nature of the concept. (p. 402)

A simple reading of the literature shows the definition of CBT, and the classification of particular treatments as CBT, has and continues to vary considerably from one meta-analysis to another. The resulting impact on interpreting results have been discussed at some length (Baardseth et al., 2013; Tolin, 2014; Wampold, 2013a; Wampold et al., 2010) elsewhere and are not rehashed here. What will be discussed are the inconsistencies among meta-analyses, focusing on a particular problem in Mayo-Wilson et al. (2014).

Mayo-Wilson et al. (2014) made a distinction between CBT and other closely related treatments, including exposure, applied relaxation, social skills training (SST), and mindfulness based treatments. Tolin (2010) used a much more inclusive definition. According to Tolin et al. (2010), a treatment was CBT if it contained *any* of the following components: relaxation training (including progressive muscle relaxation, meditation, or breathing retraining), exposure therapy (imaginal or *in vivo* exposure, including flooding and implosive therapy), behavior rehearsal (behavioral training in social skills, habit reversal, or problem solving), cognitive restructuring (including direct strategies to identify and alter maladaptive thought processes), or operant procedures (systematic manipulation of reinforcers or punishers for behavior, including behavioral activation). In short, many treatments deemed *not* CBT by Mayo-Wilson would have been classified as CBT by Tolin et al. (2010). More than a problem about classification, the inability to agree

on what constitutes CBT goes to the heart of any conclusions regarding its superiority.

The exclusion of various treatments in the class of CBT by Mayo-Wilson is even more troublesome because many of the CBT treatments examined were actually CBT combined with another treatment, which was not classified as CBT. For example, Herbert et al. (2005) compared group CBT to group CBT augmented by SST and found that patients receiving the latter combined treatment performed significantly better than those in the CBT condition alone. Yet, for Mayo-Wilson et al. both treatments were CBT and the advantage of the SST component was ignored in the meta-analysis. Social skills training in this study provided an advantage to a CBT, yet when a treatment contained only SST it was classified as something other than CBT. It is troublesome when the meta-analysis found that CBT was superior to SST when SST added to CBT outperformed CBT. Similarly, Cottraux et al. (2000) compared a CBT that emphasized social skill training to Supportive Therapy (ST), yet the CBT plus social skills was classified as CBT rather than as SST. Most, if not all of the CBT treatments for social anxiety had exposure elements, although in Mayo-Wilson et al. there was another class for treatments that were based on exposure (viz., Exposure and Social Skill Category; EXP/SST). In yet another example, Alden and Taylor (2011) combined CBT with interpersonal therapy (IPT), but this treatment was classified as CBT, whereas IPT was classified as OTHER. As defined by Mayo-Wilson et al. (2014), CBT perhaps is best characterized as an integrative treatment, and their conclusions should be modified to say that integrative treatments, with a cognitive component, are recommended for social phobia.

Clearly, the definition of CBT is quite expansive. A consequence of this is that two exemplars of CBT may have little in common (see Baardseth et al., 2013 for a more complete discussion of this issue). To illustrate, consider the ingredients intentionally *excluded* in the CBT protocol used by Clark et al. (2006): repeated exposures designed to create habituation, exposure hierarchies, patient assessment of anxiety or thoughts in social situations that are feared, employment of self-instruction (i.e., rational thoughts) in social situations, or SST. The very ingredients excluded by Clark et al. (2006) are included, and often are the essential ingredients, in most of the CBT treatments for social phobia in the Mayo-Wilson et al. meta-analysis, rendering conclusions about the superiority of CBT ambiguous (which CBT is treatment of choice?), if not nonsensical.

The problems with classification in Mayo-Wilson et al. (2014) can be demonstrated empirically. Clearly, the set of CBT treatments is quite diverse, with the various treatments containing many elements not purely *cognitive* in nature and others explicitly excluding behavioral components; several CBT treatments had nothing in common with each other. We sought to

examine the heterogeneity of these treatments by examining the outcomes produced by the various CBTs. Accordingly we looked at all direct comparisons of various CBT treatments within the Mayo-Wilson et al. (2014) network meta-analysis.¹⁰ When we examined these nine comparisons, the outcomes produced by CBT were heterogeneous (Using Wampold & Serlin's, 2014 test, $W = 28.54$, $df = 9$, $p = .00+$). That is, there is evidence that some CBT treatments are superior to others, which creates issues about the conclusion of superiority of the general class of CBT for social phobia.

The heterogeneity within the class of treatments called CBT raises questions about what is the essence of CBT. It makes little sense to talk about a unified class of treatments when one or more of the treatments in the class are more effective than another. As well, given that many of the CBT treatments were actually combined treatments, this evidence supports that some of the components added may lead to improvement, at least for targeted measures (see Bell et al., 2013)—that is to say, the components that were isolated in other classes and were at some disadvantage methodologically speaking may be quite important ingredients.

The final point, which is critical to understanding the limitations of network meta-analysis for psychotherapy, is that the treatments within classes (called nodes in network meta-analysis) of a network meta-analysis are assumed to be interchangeable. For example, if two studies of Treatment X are included in the meta-analysis, then the treatment employed in those studies are considered identical. For example, for two studies of fluoxetine, the medication is invariant (both are *N*-methyl-3-phenyl-3-[4-(trifluoromethyl)phenoxy]propan-1-amines) and it is assumed they work exactly the same. Although there may be some study level aspects that change (called effect modifiers in the network meta-analysis literature—see Jansen & Naci, 2013), the treatments themselves are identical. In the Mayo-Wilson et al. network meta-analysis the treatments themselves vary considerably, both in terms of what they contain and the effects they produce. As Cipriani et al. (2013) noted, “Arguments exist for giving priority to direct evidence because it does not rely on the transitivity assumption” (p.134).

A critical step in the scientific understanding involves classification of objects. Correct conclusions depend on the objects

¹⁰ We did not differentiate whether or not the treatments were group administered, as there were no statistically significant differences between the two modalities. Interestingly, Mayo-Wilson differentiated group and individual for CBT but inexplicably did not make that distinction for other treatments; e.g., group PD therapy (see Knijnik, Kapczinski, Chachamovich, Margis, & Eizirik, 2004) was classified together with individual PD. Moreover in our analysis the largest effects were within modality (between two group CBTs and between two individual CBTs).

being categorized on their essential characteristics rather than superfluous ones (in the philosophy of science, the discussion is about “natural kinds”; see Boyer, 1990; Lakatos, 1976; Lakatos & Musgrave, 1970; Larvor, 1998). When we talk about antidepressants, the exact chemical structure of the drug is known; we know that fluoxetine, an SSRI, and alprazolam, a benzodiazepine, are different. We also know that when two patients ingest 20 mg of fluoxetine, they have received the same treatment, although there may be different effects due to metabolic and neurological differences. Psychotherapy is different—it has no physical form and exists as an idea, in a manual guiding treatment, or in the head of the psychotherapist. Psychotherapy only becomes *real* when it unfolds during the course of therapy (see Imel, Steyvers, & Atkins, 2015 for extended discussion of these issues). All psychotherapies, even the most constrained and manualized treatment, unfold differently in each instance, due to characteristics of the therapists (Baldwin & Imel, 2013) and the patient (Boswell et al., 2013; Imel, Baer, Martino, Ball, & Carroll, 2011). In short, care must be taken when talking—and doing research—not to treat psychotherapy as if it were a physical object (i.e., a natural kind). It is not. At best, treatment approaches are fuzzy concepts. When researchers allow categories of treatment (e.g., CBT) to vary from one study to another and from one meta-analysis to another, confusion is generated.

Based on the foregoing issues related to the classification of treatment approaches into categories, three recommendations are made:

- (1) There needs to be agreement on what is and what is not CBT, an observation that applies to other treatments as well.
- (2) As recommendation #1 is easier said than done, the field needs to identify the ingredients of psychotherapy responsible for change (i.e., what does and does not contribute to change). The ingredients may or may not be what the field has commonly used to classify treatments.
- (3) Care must be taken not to reify models of psychotherapy. Within categories such as CBT, many variations exist (e.g., as in Mayo-Wilson et al., 2014) and the manner in which a treatment is delivered depends on the therapist, the patient, and their relationship, as well as external events.

The Studies—Included and Excluded

To this point, it has been argued that the purported superiority of CBT has been based on very small effects, derived from primary measures only, using varying classification strategies. Behind the reports are the individual studies that form the data corpus of the meta-analyses. The conclusions drawn depend on qualities of the primary studies and, importantly, the criteria for inclusion or exclusion based on these qualities. In this section, fundamental problems in the meta-analyses are

presented and discussed by examining differences in how studies were either selected or rejected.

Poorly designed included trials. First, consider, a study conducted by Cottraux et al. (2000), which appeared in the Mayo-Wilson et al. (2015) meta-analysis. This study produced the largest effect for a direct comparison between Individual CBT and Other Psychotherapies ($d = 1.15$ for social phobia measures). Recall, in Mayo-Wilson et al., Other Psychotherapies performed more poorly than Psychological Placebos. The reason is clear. The CBT condition (coded, Individual CBT by Mayo-Wilson et al.) was actually a combination of CBT and SST (recall, SST was intentionally not part of CBT in the Clark et al., 2006 protocol for social phobia). The CBT/SST condition had two phases. In the first phase, patients received eight individual sessions of cognitive therapy, which included receipt of a monograph about the treatment, psychoeducation, thought listing and evaluation, modification of maladaptive thoughts and schemas, homework, and preparation for the second phase. In the second phase, patients attended group sessions of 2 hr duration once a week for 6 weeks. The groups, led by two therapists, involved role plays of social situations with feedback, behavioral rehearsals of difficult social skills with feedback, coaching, and modeling, assignments for practice outside of group, and strategies for generalization (n.b., again, most of these components were excluded from the CBT in the Clark et al., 2006, protocol). In all, patients received 20 hr of direct contact over 12 weeks, as well as assignments to complete outside of the treatment time.

The comparison condition in the Cottraux et al. (2000) trial, labeled Supportive Therapy (ST), involved one 30-min session every 2 weeks for the 12 weeks of the trial, resulting in a total direct contact of 3 hr. During the 30 min sessions the therapist was prohibited from giving any advice, homework, any action that might expose the patient to avoided situations, psychoanalytic interpretations, or cognitive restructuring, although the therapist was allowed to listen empathically, reformulate, clarify, summarize, and show “positive consideration” (p.138). Cottraux et al. stated that ST was “practiced ‘*as usual*’” (p.138, emphasis added) in France—a statement that is in direct contradiction with several of the present authors’ experience with non-CBT therapists practicing in France and other therapists who treat people with social phobia. Nevertheless, ST was classified as a “first-line” Other Psychotherapy in the Mayo-Wilson et al. analysis. Is it any surprise in this trial that CBT outperformed Other Psychotherapies (or why Other Psychotherapies were inferior even to Psychological Placebos!)?

The issue in network meta-analysis is that the extraordinarily large and problematic effect derived from Cottraux et al. (2000) is used as an indirect path that increases the effect of CBT over every other treatment. In the Cottraux study CBT outperformed Other Psychotherapy by an effect of 1.15. To

illustrate, suppose a PD researcher compared PD therapy to IPT, which was also classified as Other Psychotherapy, with a legitimate implementation of IPT (e.g., same dose, a legitimate set of procedures, a focus on the patients' problems, conducted by therapists who believed IPT would be effective etc.) and found that PD = IPT. Network meta-analysis would then estimate, through the transitive property, that CBT was superior to PD by an effect of 1.15! That is, CBT would clearly be found to be superior to PD even though CBT was never compared to PD (in this example) but only compared to a bogus treatment called ST, which was also classified as Other Psychotherapy. Cottroaux's biased comparison privileged CBT over all other types of therapy even though the comparison was made to only one type of (bogus) therapy.

A second study, which appeared in both the Mayo-Wilson et al. (2014) and Marcus et al. meta-analyses, to consider is Clark et al. (2006), which compared cognitive therapy (CT), classified as Individual CBT in both meta-analyses, with Exposure/Applied Relaxation (EX/AP), and a waitlist control (WL). In this study, CT was superior to EX/AP with a large effect ($d = 0.87$) and CT was superior to the waitlist with an extraordinarily large effect ($d = 1.85$). However, as was the case with Cottroaux et al. (2000), this trial was problematic. David Clark, the lead author, both developed the CT and supervised the therapists. The therapists who administered both treatments had an allegiance to CT (viz., based on their CT publications). In this study, there are indicators of both researcher and therapist allegiance, well-known problems in psychotherapy trials (Munder, Brüttsch, Leonhart, Gerger, & Barth, 2013; Munder, Flückiger, Gerger, Wampold, & Barth, 2012; Munder, Gerger, Trelle, & Barth, 2011). The major problem with Clark et al. (2006), however, is the nature of the EX/AR condition. Clark et al. reviewed the literature on CT versus exposure treatments, and concluded, "Existing comparisons between exposure and other established CBT programs have failed to show convincing differences" (p. 569). However, instead of using one of the existing and well researched exposure treatments that were cited, Clark et al. used a peculiar combination of various methods. The stated reason for this decision was to avoid a purported problem with dropout in exposure treatment: "We attempted to minimize EXP dropouts by combining the treatment with Öst's (1987) well-known applied relaxation (AR) training program" (p. 569). As evidence of the low dropout rate, Clark et al. (2006) cited his own 1994 trial (Clark et al., 1994) of CT versus EXP/AR, which allegedly resulted in low dropout.¹¹ What Clark et al. (2006) did not men-

tion when referencing this earlier work was that *the combined EXP/AR treatment used in the 2006 trial was found to be particularly ineffective in the 1994 trial*. Thus, not only was the EXP/AR an intent-to-fail treatment, it was a *proven-to-fail* treatment (see Wampold, Imel, & Miller, 2009 for another critique of the EXP/AR protocol). There is a particular reason why the EXP/AR combination used in 1994 and 2006 by Clark et al. failed to be as effective as Clark's CT conditions.¹² CT has a number of components, including experiential exercises designed to demonstrate the adverse effects of self-focused attention and safety behaviors, systematic training of externally focused attention, techniques for restructuring distorted self-imagery using video feedback in particularly structured situations, surveys to collect data on others peoples' beliefs, and carefully planned exposures to feared social situations, with instructions not to use habitual safety behaviors. The EXP/AR consisted of two components, graduated exposures and relaxation training. Patients were encouraged not to avoid situations they would normally avoid and in-session exposure focused on *in vivo* exercises rather than role plays within the therapy. Importantly, the relaxation protocol used by Clark was adapted from Öst (1987), however, with some critical adaptations:

In the original AR protocol (Öst, 1987), exposure is not introduced until after the relaxation techniques have been fully mastered. We deviated from this practice by using exposure exercises throughout treatment. However, as advocated by Öst (1987), patients were instructed to refrain from using their newly acquired relaxation techniques in phobic situations until they had completed all the steps in the relaxation training program (around Session 10). (Clark et al., 2006, p. 571)

This turns Öst's (1987) treatment inside out: In Clark's incarnation, patients are exposed to anxiety producing situations before they have learned any skills for coping with the situation and indeed were instructed *not* to use the skills they might have learned. Furthermore, according to Öst's protocol, "After 8–10 sessions and weeks of homework practice the patient is ready to start applying the relaxation skill in natural situations to cope with anxiety" (p. 401). It is contradictory to behavioral principles to expose patients to the feared stimulus before they have learned coping skills and further to instructs them not to use skills they are learning to cope with the anxiety. Clearly, one can increase avoidance by increasing the frequency of the conditioned stimulus (social situations) paired with conditioned response (fear) without any strategies for reducing the fear.

The modified Öst protocol used in these two trials (viz., Clark et al., 1994, 2006) has never been tested or used in any other

11 Dropout rate is reported ambiguously in Clark et al. (1994) but is likely low because only patients who started treatment and attended one or two sessions were classified as drop-outs—that is, if they attended three or more sessions of a 15 session treatment they were classified as not having dropped out of treatment.

12 It is also important to note that one of the therapists in the 2006 trial was also a therapist and co-author of the 1994 trial, so certainly this therapist was well aware of the problems with EXP/AR.

context. The impact of the Clark et al. (2006) trial on the findings and conclusions is critical. Indeed, several of the effects in Marcus et al. (2014) disappear when this trial is omitted.¹³

A third trial, which produced the second largest effect for CBT versus other therapies, in Tolin's (2014) meta-analysis, as corrected in 2015, was a trial conducted by Shear, Houck Greeno, and Masters (2001). Although titled "Emotion-Focused Psychotherapy for Patients with Panic Disorder," the treatment actually offered bears no resemblance to Emotion-Focused Therapy developed and disseminated by Leslie Greenberg and colleagues (Greenberg, 2010). In fact, it can be said, the treatment offered in Shear et al. (2001) is unlike any other particular treatment designed for panic or any other disorder. Instead, the Emotion-Focused therapy tested in the study was best characterized by what it was not: "Emotion-focused psychotherapy was not a psychoanalytic psychotherapy in that the therapist did not utilize transference and did not formulate or provide psychodynamic interpretations." Still, Shear et al. believed it "bears resemblance to ... usual-care psychotherapy" (p.1994).¹⁴ Further problems occurred because of non-random assignment, as the original trial could not enroll sufficient patients in the Emotion-Focused arm and accepted patients in this arm who refused to discontinue medication or who refused to be randomly assigned to condition.

Clearly, the Emotion-Focused Therapy in this trial was not designed as a treatment that had any rationale for its success other than the authors believed that therapists in practice did something similar with panic patients.

To this point, we have examined three trials that demonstrated strong evidence for superiority of CBT (i.e., large effects), each involving a deficient comparison treatment. In the first trial, 20 hr of CBT with homework was compared to 3 hr of ST without any structure. In the second, CBT was compared to treatment where patients were exposed to fearful stimuli before they had learned anxiety coping skills as well as being told not to use the skills in anxiety-provoking situations. In the third trial, CBT was compared to an emotion-focused treatment that purposefully was different from PD treatments, bore no resemblance to any known affect-focused treatment, and was not designed to treat panic disorder. A fourth trial, which was conducted by David Clark and was contained in

the Mayo-Wilson et al. (2014) meta-analysis, was an unpublished trial. This trial produced an extraordinarily large effect in favor of Individual CBT in comparison to waitlist controls (viz., $d=1.63$). Unfortunately, this trial could not be evaluated because the author of the trial would not provide the report of the trial to this article's authors (Clark, personal communication, February 20, 2015).

There appears to be a bias in what has been published and included in meta-analyses claiming superiority of CBT. Turning the table, would any of the following trials be published in mainline clinical journals or included in meta-analyses? (a) A trial with 3 hr of CBT versus 20 hr of PD therapy, (b) comparison of Greenberg's Emotion-Focused Therapy versus a CBT condition involving what the researchers believed CBT therapists did in practice, (c) a comparison of a focused PD therapy for a particular avoidant anxiety condition versus CBT where patients were exposed to fearful situations before they learned about misattributions and were told not to apply what they learned about their cognitions in fearful situations, or (d) an unpublished study purporting to show one method is superior to another, the results of which favored the treatment developed by the author and included in a meta-analysis co-authored by the developer.

Excluded studies. As all of the authors of this article have conducted meta-analyses, we know the anxiety associated with the possibility of omitting a study that would have met inclusion criteria. And occasionally an interested reader finds a prominent study omitted. Indeed, Marcus et al. (2014) missed just such a study that met all of their inclusion criteria, including that it was published in one of the six journals they reviewed (viz., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*). The omitted trial compared CBT to Process-Experiential Therapy (now called Emotion-Focused Therapy) for depression, which interestingly found no differences between the two treatments, with the exception of an advantage for Process-Experiential Therapy with regard self-report of interpersonal problems (Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, & Steckley, 2003).

The omission of another study is more difficult to explain. In 2008, Borge et al. reported the results of a comparison of CBT to IPT for social anxiety in a residential treatment context. No significant differences between the two treatments were found. This trial could not have been unintentionally omitted from the Mayo-Wilson et al. (2014) meta-analysis because David Clark was a coauthor of both the CBT/IPT trial (as well as a supervisor of the CBT therapists in the trial) and the Mayo-Wilson et al. meta-analysis.

The omission of Borge et al. (2008) should be put into the context of the inclusion criteria for the Mayo-Wilson meta-analysis. To be included, a treatment had to be a *first-line* treatment, as discussed by Mayo-Wilson et al.:

13 After several requests, David Clark failed to provide the EXP/AR manual, so it is not possible to know exactly what treatment components were contained in EXP/AR and how they were sequenced. Of particular interest is whether the therapists in this condition were proscribed from various actions that therapists would universally believe to be therapeutic.

14 The authors stated, "Strategies and techniques for interventions were outlined in a detailed treatment manual" (pp. 1993–1994), but according to the lead author the manual was not archived and could not be provided to the authors of this article.

We limited the network meta-analysis to interventions that people with social anxiety disorder and clinicians might regard as first-line treatments because network analysis assumes that treatment effects are transferable across studies ... Clinically, people choosing a first-line intervention have a different set of treatment options compared with people choosing second-line interventions; there would be a high risk that the assumption of exchangeability would be violated by the inclusion of clinically heterogeneous populations ... We identified eligible interventions by reviewing published and unpublished studies and through consultation with clinicians and experts (including people with social anxiety disorder, pharmacists, psychologists, and psychiatrists). We included interventions rather than excluded them if some experts thought they could be used as a first-line treatment.¹⁵ (pp. 369– 370)

The most problematic aspect of the inclusion criteria is that the determination of what is a first-line treatment is contorted and seemingly broad. Consider that the Mayo-Wilson meta-analysis included as first-line treatments (a) one that consisted of six 30 min sessions with a therapist who was only supportive, (b) a treatment (EXP/AR) invented by Clark et al. only as a comparison in clinical trials, never disseminated, the manual for which is not available, and which had previously been found to be ineffective for an anxiety disorder, and (c) conditions with virtual reality, and mindfulness only groups. Yet inexplicably the treatments (CBT and IPT) offered in the Borge et al. (2008) trial, albeit modified for residential treatment, were not even considered for this meta-analysis (viz., Borge did not appear in the list of excluded studies, see Appendix 6 of the Mayo-Wilson et al. Supplemental Materials).

Conclusions and recommendations for included/excluded studies. In this section, we have discussed the problems with including trials with treatments that are, as Westen (Westen et al., 2004) said, *intent-to-fail* and even some that are *proven-to-fail*. There are other trials that could be discussed as well (e.g., Durham et al., 1994, a notoriously poorly conducted trial) and some of these flawed trials are dated (Durham et al., 1994; Shear et al., 2001) and appear in multiple meta-analyses. Then there are trials that are inexplicably omitted (Borge et al., 2008; Watson et al., 2003)—and interestingly these omitted trials demonstrated no differences between CBT and comparison treatments. Conflict of interest and spin in meta-analyses of psychological treatment has been documented (Lieb, Ostensacken, Stoffers-Winterling, Reiss, & Barth, 2016).

15 Actually, the group of clinicians and experts were the National Collaborating Centre for Mental Health (NICE) Guideline Development Group for the guideline Social Anxiety Disorder, the chair of whom was David Clark. Clark was not involved directly in decisions about inclusion or exclusion of his research (Mayo-Wilson, personal communication, 9 September 2015).

Given the impact that inclusion criteria can have on the results of meta-analyses, the following recommendations are made:

- (1) The problem of included and excluded studies could be addressed by creating open-access databases of studies, with effect sizes. Baldwin, Del, and Re (2016) have developed prototypes for open access to effects for family therapy for delinquency and alliance-outcome psychotherapy studies. The user can select studies based on criteria and conduct meta-analyses with imbedded software. The community of scientists can modify the databases to ensure that all qualifying studies are included and deficient studies can be identified, reducing the allegiance effect of meta-analysts.
- (2) The allegiance of researchers of primary studies should be coded and analyzed.
- (3) All manuals used in clinical trials should be available to meta-analysts who wish to know what treatment actions are prescribed and proscribed in treatments.
- (4) Results from unpublished studies should not be included in meta-analyses unless treatment protocols and data from those trials are made available to researchers for review.

Discussion

The review of the three meta-analyses (viz., Marcus et al., 2014; Mayo-Wilson et al., 2014; Tolin, 2014, as corrected in 2015) claiming the superiority of CBT have illustrated some issues inherent in meta-analytic attempts to examine relative efficacy and establish the superiority of CBT to other treatments. Various concerns have been examined, including (a) effect size, power, and statistical significance, (b) focusing on disorder-specific symptom measures and ignoring other important indicators of psychological functioning, (c) problems inherent in classifying treatments provided in primary studies into classes of treatments, leaving the question “What is CBT?” unanswerable, and (d) the inclusion of problematic trials, which bias the results, and the exclusion of trails that fail to find differences among treatments. Due to space, a thorough discussion of other important issues in these meta-analyses was not possible, including an analyses of allegiance, whether the meta-analysts used completers or intent-to-treat samples, and dropout rates.

Science is conservative in that the null hypothesis should not be rejected unless there is strong evidence in favor of the alternative. This canon, which has its origins with Sir Ronald Fisher, is not simply a tradition being passed along, an anachronism, if you will. Rejecting the null hypothesis of no treatment differences in favor of one particular treatment has consequences for science, policy, and practice. We know that many patients drop out of trials and many of those who remain do

not benefit from the treatment—to claim that one treatment is superior to another will limit patients' access to other treatments that are equally effective and have a reasonable likelihood of being effective. As seen, the purported superiority of CBT has resulted in conclusions that research on other treatments, such as PD treatments, should be abandoned. If such admonishments were heeded, then our scientific endeavors would become constrained to some narrow corridors, prohibiting scientists from discovering anything lying outside that corridor. When CBT is declared superior to other treatments, without carefully specifying what CBT is, the opportunity to discover what factors are actually creating the benefits of psychotherapy is precluded. When two CBT treatments, without any elements in common, produce adequate benefits, little is learned about what makes CBT an effective treatment. Finally, falsely declaring a treatment as superior leads policy makers to believe that they are acting in the best interests of patients and the mental health field when they mandate that only these treatments can be used. Such dissemination attempts, however well meaning, are costly and do not improve the quality of mental health services (Laska et al., 2014).

The purpose of this review was not to criticize CBT as a treatment. The evolution of CBT has dramatically affected how psychotherapy is delivered and has led to a revolution from long-term and relatively unstructured treatments (think classical psychoanalysis) to those that are focused on patients' problems, utilize psychoeducation and skill development, and have emphasized that psychotherapy should result in demonstrable and measurable outcomes. And to be clear, CBT is not the only treatment that exaggerates its benefits (e.g., claims that PD treatment produces superior outcomes in the long term; cf., Kivlighan et al., 2015 and Shedler, 2010). Moreover, making dubious claims about CBT harms its reputation among many researchers but more importantly among clinicians.

There is an important issue that has not been explicitly discussed. Are the conclusions of these three meta-analyses biased? There is certainly a case that could be made for that (see Lieb et al., 2016). Some operations (e.g., inclusion/exclusion of studies, determination of what are first-line treatments, refusal to provide treatment manuals, involvement of individuals who have vested interests in treatments) could be interpreted as evidence for bias. That said, no claim of intentional bias is being made and it would not be appropriate to do so, in our opinion. Science involves a community of researchers who, through dialogic processes, illuminate what is known and what is artifact. Meta-analysis is one of many tools used to better understand psychotherapy, but, like any analytic method, care must be taken to use it appropriately. The purpose of this article was to demonstrate problems in the conclusions made, based on the evidence only.

What makes psychotherapy work? As Kazdin notes (2007, 2009), this is the “most pressing question” (Kazdin, 2009, p. 418), but one with few answers: “Central ... is the thesis that, with isolated exceptions, we do not know why or how therapies achieve therapeutic change, the requisite research to answer the question is rarely done, and fresh approaches are needed in conceptualization and research design” (p. 489). Claims of superiority of treatments of one type or another have not provided the evidence that is needed and, in our opinion, obscures important questions. Clearly, our agenda must change if we are to progress.

References

- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2011). Relational treatment strategies increase social approach behaviors in patients with generalized social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 309–318. doi:10.1016/j.janxdis.2010.10.003
- Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., ... Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 395–405. doi:10.1016/j.cpr.2013.01.004
- Baldwin, S. A., & Del Re, A. C. (2016). Open access meta-analysis for psychotherapy research. *Journal of Counseling Psychology*, 63(3), 249–260. doi:10.1037/cou0000091
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Finding and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 258–297). New York, NY: Wiley.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 722–736. doi:10.1037/a0033004
- Borge, F.-M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D. M., Markowitz, J. C., & McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: A randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(6), 991–1010. doi:10.1016/j.janxdis.2007.10.002
- Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bullis, J., Gorman, J. M., Shear, M. K., ... Barlow, D. H. (2013). Patient characteristics and variability in adherence and competence in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 443–454. doi:10.1037/a0031437
- Boyer, P. (1990). *Tradition as truth and communication: A cognitive description of traditional discourse*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119–137. doi:10.1177/2167702613497473
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18.
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Geddes, J. R., Higgins, J. P. T., Churchill, R., ... Barbui, C. (2009). Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: A multiple-treatments

- meta-analysis. *The Lancet*, 373(9665), 746–758. doi:10.1016/S0140-6736(09)60046-5
- Cipriani, A., Higgins, J.P.T., Geddes, J.R., & Salanti, G. (2013). Conceptual and technical challenges in network meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 159(2), 130–137. doi:10.7326/0003-4819-159-2-201307160-00008
- Clark, D.M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., ... Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 568–578. doi:10.1037/0022-006X.74.3.568
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 759–769.
- Cottraux, J., Note, I., Albuissou, E., Yao, S.N., Note, B., Mollard, E., ... Coudert, A.J. (2000). Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(3), 137–146. doi:10.1159/000012382
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K.S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, 58(7), 376–385.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. doi:10.1037/a0013075
- Dattilio, F.M. & Norcross, J.C. (2006). Psychotherapy integration end (sic) the emergence of instinctual territoriality. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 8(1), 5–16.
- Del Re, A.C., Spielmans, G.I., Flückiger, C., & Wampold, B.E. (2013). Efficacy of new generation antidepressants: Differences seem illusory. *PLoS ONE*, 8(6), e63509.
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S.C.M., Abbass, A.A., de Jonghe, F., & Dekker, J.J.M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 25–36. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.010
- Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treiving, L.R., & Fenton, G.W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 165, 315–323.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Eysenck, H.J. (1961). The effects of psychotherapy. In H.J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology*. New York, NY: Basic Books.
- Eysenck, H.J. (1966). *The effects of psychotherapy*. New York, NY: International Science Press.
- Foa, E.B., Zoellner, L.A., Feeny, N.C., Hembree, E.A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1022–1028. doi:10.1037/0022-006X.70.4.1022
- Frank, J.D., & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Gademann, A.M., Alonso, J., Vilagut, G., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2012). Comorbidity and disease burden in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, 29(9), 797–806. doi:10.1002/da.21924
- Geary, R.C. (1935). The ratio of the mean deviation to the standard deviation as a test of normality. *Biometrika*, 27, 310–322.
- Greenberg, G. (2013). *The book of woe: The DSM and the unmaking of psychiatry*. New York, NY: Penguin.
- Greenberg, L.S. (2010). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hedges, L.V., & Pigott, T.D. (2001). The power of statistical tests in meta-analysis. *Psychological Methods*, 6(3), 203–217. doi:10.1037/1082-989X.6.3.203
- Herbert, J.D., Gaudiano, B.A., Rheingold, A.A., Myers, V.H., Dalrymple, K., & Nolan, E.M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 36(2), 125–138. doi:10.1016/S0005-7894(05)80061-9
- Howard, K.I., Krause, M.S., Saunders, S.M., & Kopta, S.M. (1997). Trials and tribulations in the meta-analysis of treatment differences: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122, 221–225.
- Hunt, M. (1997). *How science takes stock: The story of meta-analysis*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Imel, Z.E., Baer, J.S., Martino, S., Ball, S.A., & Carroll, K.M. (2011). Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 115(3), 229–236. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.11.010
- Imel, Z.E., Steyvers, M., & Atkins, D.C. (2015). Computational psychotherapy research: Scaling up the evaluation of patient-provider interactions. *Psychotherapy*, 52(1), 19–30. doi:10.1037/a0036841
- Jansen, J.P., & Naci, H. (2013). Is network meta-analysis as valid as standard pairwise meta-analysis? It all depends on the distribution of effect modifiers. *BMC Medicine*, 11, 159. doi:10.1186/1741-7015-11-159
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 418–428. doi:10.1080/10503300802448899
- Kivlighan, D.M., Goldberg, S.B., Abbas, M., Pace, B.T., Yulish, N.E., Thomas, J.G., ... Wampold, B.E. (2015). The enduring effects of psychodynamic treatments vis-à-vis alternative treatments: A multi-level longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 1–14. doi:10.1016/j.cpr.2015.05.003
- Knijnik, D.Z., Kapczinski, F., Chachamovich, E., Margis, R., & Eizirik, C.L. (2004). *Psicoterapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada* [Psychodynamic group treatment for generalized social phobia]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 77–81. doi:10.1590/S1516-44462004000200003
- Lakatos, I. (1970). Falsification and the methodology of scientific research programmes. In I. Lakatos & A. Musgrave (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge* (pp. 91–196). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lakatos, I. (1976). *Proofs and refutations: The logic of mathematical discovery*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lakatos, I., & Musgrave, A. (Eds.). (1970). *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Larvor, B. (1998). *Lakatos: An introduction*. London: Routledge.
- Laska, K.M., Gurman, A.S., & Wampold, B.E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467–481. doi:10.1037/a0034332
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M.J., Abbass, A.A., Barber, J.P., Keefe, F.J., ... Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: A systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 2, 448–660.
- Lieberman, B.L. (1978). The role of mastery in psychotherapy: Maintenance of improvement and prescriptive change. In J.D. Frank, R. Hoehn-Saric, S.D. Imber, B.L. Lieberman, & A.R. Stone (Eds.), *Effective ingredients of successful psychotherapy* (pp. 35–72). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Lieb, K., Osten-Sacken, J., Stoffers-Winterling, J., Reiss, N., & Barth, J. (2016). Conflicts of interest and spin in reviews of psychological therapies: A systematic review. *BMJ Open*, 6(4), e010606. doi:10.1136/bmjopen-2015-010606

- Lilienfeld, S. O. (2014). The research domain criteria (RDoC): An analysis of methodological and conceptual challenges. *Behaviour Research and Therapy*, 62, 129–139. doi:10.1016/j.brat.2014.07.019
- Lumley, T. (2002). Network meta-analysis for indirect treatment comparisons. *Statistics in Medicine*, 21(16), 2313–2324.
- Mann, C. C. (1994). Can meta-analysis make policy? *Science*, 266, 960–962.
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519–530. doi:10.1016/j.cpr.2014.08.001
- Matt, G. E., & Cook, T. D. (2009). Threats to the validity of generalized inferences. In H. Cooper, L. V. Hedges, & J. C. Valentine (Eds.), *The handbook of research synthesis and meta-analysis* (2nd ed., pp. 537–560). New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranezouli, I., Kew, K., Clark, D. M., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1, 368–376. doi:10.1016/S2215-0366(14)70329-3
- Meehl, P. E. (1967). Theory-testing in psychology and physics: A methodological paradox. *Philosophy of Science*, 34, 103–115.
- Meehl, P. E. (1978). Theoretical risks and tabular asterisks: Sir Karl, Sir Ronald, and the slow progress of soft psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(4), 806–834. doi:10.1037/0022-006X.46.4.806
- Minami, T., Serlin, R. C., Wampold, B. E., Kircher, J. C., & Brown, G. S. (2008). Using clinical trials to benchmark effects produced in clinical practice. *Quality and Quantity*, 42, 513–525.
- Munder, T., Brüttsch, O., Leonhart, R., Gerger, H., & Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 501–511. doi:10.1016/j.cpr.2013.02.002
- Munder, T., Flückiger, C., Gerger, H., Wampold, B. E., & Barth, J. (2012). Is the allegiance effect an epiphenomenon of true efficacy differences between treatments? A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(4), 631–637. doi:10.1037/a0029571
- Munder, T., Gerger, H., Trelle, S., & Barth, J. (2011). Testing the allegiance bias hypothesis: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 21(6), 670–684. doi:10.1080/10503307.2011.602752
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Newman, C. F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3–45). New York, NY: Basic Books.
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25(5), 397–409. doi:10.1016/0005-7967(87)90017-9
- Owen, J., Drinane, J. M., Idigo, K. C., & Valentine, J. C. (2015). Psychotherapist effects in meta-analyses: How accurate are treatment effects? *Psychotherapy*, 52(3), 321–328. doi:10.1037/pst0000014
- Powers, M. B., Smits, J. A. J., Whitley, D., Bystritsky, A., & Telch, M. J. (2008). The effect of attributional processes concerning medication taking on return of fear. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 478–490.
- Psaty, B. M., Weiss, N. S., & Furberg, C. D. (1999). Surrogate end points, health outcomes, and the drug-approval process for the treatment of risk factors for cardiovascular disease. *JAMA*, 282(8), 786–790. doi:10.1001/jama.282.8.786
- Rosnow, R. L., & Rosenthal, R. (1988). Focused tests of significance and effect size estimation in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 203–208.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Foy, D. W., Shea, M. T., Hsieh, F. Y., Lavori, P. W., ... Bernardy, N. C. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: Results from a Department of Veterans Affairs cooperative study. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 481–489. doi:10.1001/archpsyc.60.5.481
- Serlin, R. C., & Lapsley, D. K. (1985). Rationality in psychological research: The good-enough principle. *American Psychologist*, 40(1), 73–83. doi:10.1037/0003-066X.40.1.73
- Serlin, R. C., & Lapsley, D. K. (1993). Rational appraisal of psychological research and the good-enough principle. In G. Keren, C. Lewis, G. Keren, & C. Lewis (Eds.), *A handbook for data analysis in the behavioral sciences: Methodological issues*. (pp. 199–228). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Shadish, W. R., & Sweeney, R. B. (1991). Mediators and moderators in meta-analysis: There's a reason we don't let dodo birds tell us which psychotherapies should have prizes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 883–893.
- Shear, M. K., Houck, P., Greeno, C., & Masters, S. (2001). Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1993–1998.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109. doi:10.1037/a0018378
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752–760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–720. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.003
- Tolin, D. F. (2014). Beating a dead dodo bird: Looking at signal vs. noise in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(4), 351–362. doi:10.1111/cpsp.12080
- Tolin, D. F. (2015). Corrigendum to “Beating a dead dodo bird: Looking at signal vs. noise in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22, 315–316.
- Trinquart, L., Abbé, A., & Ravaud, P. (2012). Impact of reporting bias in network meta-analysis of antidepressant placebo-controlled trials. *PLoS ONE*, 7(4), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0035219
- Trinquart, L., Chatellier, G., & Ravaud, P. (2012). Adjustment for reporting bias in network meta-analysis of antidepressant trials. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), 150.
- Wampold, B. E. (2013a). Corrigendum to “Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux”. *Clinical Psychology Review*, 33, 1253. doi:10.1016/j.cpr.2013.08.001
- Wampold, B. E. (2013b). The good, the bad, and the ugly: A 50-year perspective on the outcome problem. *Psychotherapy*, 50(1), 16–24. doi:10.1037/a0030570
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., ... Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 923–933. doi:10.1016/j.cpr.2010.06.005
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., & Miller, S. D. (2009). Barriers to the dissemination of empirically supported treatments: Matching messages to the evidence. *The Behavior Therapist*, 32(7), 144–155.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159–165.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., & Ahn, H. (1997). The flat earth as a metaphor for the evidence for uniform efficacy of bona fide

- psychotherapies: Reply to Crits-Christoph (1997) and Howard et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122, 226–230.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “All must have prizes”. *Psychological Bulletin*, 122, 203–215.
- Wampold, B. E., & Serlin, R. C. (2000). The consequence of ignoring a nested factor on measures of effect size in analysis of variance. *Psychological Methods*, 5, 425–433.
- Wampold, B. E., & Serlin, R. C. (2014). Meta-analytic methods to test relative efficacy. *Quality and Quantity*, 48, 755–765. doi:10.1007/s11135-012-9800-6
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of processexperiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 773–781.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631–663.
- Zachar, P. (2015). Psychiatric disorders: Natural kinds made by the world or practical kinds made by us? *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14 (3), 288–290. doi:10.1002/wps.20240

Ausschnitt eines Briefwechsels zwischen einem kognitiven Verhaltenstherapeuten und einer Vertreterin der „klassischen Gesprächspsychotherapie“

Karsten Wittke
Kiel

Eva-Maria Biermann-Ratjen
Hamburg

Karsten Wittke hat wiederholt bei Veranstaltungen, in denen es um den PZA ging, die Diskussion mit Eva-Maria Biermann-Ratjen gesucht. Einem Mitglied der Redaktion der Zeitschrift PERSON ist das aufgefallen und hat vorgeschlagen, diesen Gedankenaustausch in der Form eines Briefwechsels zu veröffentlichen. Karsten Wittke empfindet E.-M. Biermann-Ratjen als Vertreterin der „klassischen“ Gesprächspsychotherapie, die non-direktiv behandelt, und möchte Antworten auf die Fragen: „Was ist Gesprächspsychotherapie?“, „Gibt es ‚die‘ Gesprächspsychotherapie?“, „Ist sie kompatibel mit Verhaltensanweisungen?“ E.-M. Biermann-Ratjen betont das – im Vergleich zum Mainstream der Psychotherapie – andere Verständnis von Intervention des PZA und von therapeutischer Beziehung und wünscht sich, dass sich auch die Gesprächspsychotherapeuten selbst dieses Andersseins bewusster sind und z. B. Abstand nehmen von Formulierungen wie „Realisierung der Beziehungsvariablen Akzeptanz“.

Schlüsselwörter: Interventionen in der Gesprächspsychotherapie, therapeutische Beziehung, Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess

Part of an exchange of letters between a cognitive behavioral therapist and a representative of the “classical client-centered therapy”. A member of the editor’s board of PERSON proposed this exchange of letters after noticing Karsten Wittke’s interest in engaging Eva-Maria Biermann-Ratjen into discussions concerning the essence of the PCA. Karsten Wittke takes Eva-Maria Biermann-Ratjen for a “classical” nondirective client-centered therapist and is looking for answers to questions like: “What about the compatibility of the PCA and giving advices or other process directives to the client?” Eva-Maria Biermann-Ratjen stresses that the PCA is an abstraction of the characteristics of the therapeutic process, which is a relationship — and not the description of therapeutic interventions.

Keywords: Interventions and the therapeutic relationship as conceptualized in the PCA, conditions for the psychotherapeutic process

Kiel, den 27.8.2017

Liebe Frau Biermann-Ratjen,

ich freue mich, dass Sie unserem offenen Briefaustausch zugestimmt haben.

Mein Name ist Karsten Wittke. Ich bin 49 Jahre alt und von Beruf Psychologischer Psychotherapeut. Seit fast 20 Jahren bin ich als Verhaltenstherapeut tätig – die ersten 12 Jahre in Kliniken, die vergangenen 8 Jahre selbständig in eigener Praxis in Kiel.

Die fehlende sozialrechtliche Anerkennung der GT und die laut Grawe größere Wirksamkeit der Verhaltenstherapie (VT) im Vergleich zur GT waren es, die mich am Ende meines Studiums bewogen, Verhaltenstherapeut zu werden. Die Kognitive Verhaltenstherapie ist der Ansatz, in dem ich ausgebildet bin und nach dem ich arbeite. Dennoch ist mir ein Schulendenken fremd. In meinem Erkenntnisinteresse fühle ich mich nicht auf die Verhaltenstherapie begrenzt.

Eva-Maria Biermann-Ratjen, geb. 1939, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, bis 1999 Klinische Psychologin an der Psychiatrischen und Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf.

Kontakt: 20249 Hamburg, Loehrsweg 1, biermann-ratjen@web.de

Karsten Wittke, geb. 1967, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut (Kognitive Verhaltenstherapie), Studium in Kiel, 12 Jahre stationäre Tätigkeit als Psychotherapeut (davon 1 Jahr in Bad Bramstedt und 11 Jahre in Münster), seit 2010 Praxissitz in Kiel, seit 2017 mit Kassenzulassung: Kontakt: 24109 Kiel, Klingkoppel 1, www.karsten-wittke.de, karsten.wittke@web.de

Die Gesprächspsychotherapie ist ein Therapieverfahren, für das ich eine sehr große Sympathie empfinde. Ich vermute, es hängt damit zusammen, dass ich selbst ein sehr großes Autonomie-Bedürfnis habe. Meiner Einschätzung nach ist die GT derjenige Therapieansatz, der dem Patienten in der Beziehungsgestaltung die größte persönliche Freiheit einräumt und in dem sich der Therapeut in seiner direktiven Einflussnahme am meisten zurückhält. Diese Art der Begegnung stellt meiner Meinung nach etwas ganz Besonderes dar.

Sie, liebe Frau Biermann-Ratjen, sind im deutschsprachigen Raum die mir bekannteste Vertreterin und profunde Kennerin der „klassischen“ Variante der Gesprächspsychotherapie. Da ich mich speziell für diese Richtung der GT besonders interessiere, hoffe ich, dass Sie mir auf einige meiner Fragen eine Antwort geben können.

Zunächst einmal aber halte ich es für wichtig herauszustellen, dass es unter der Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ inzwischen sehr viele verschiedene Ansätze gibt, die sich deutlich voneinander unterscheiden – und damit auch ganz anders sind als die klassische GT. Dieser Umstand wird manchmal in der Einleitung von Texten erwähnt, aber in der späteren Darstellung werden die Unterschiede kaum oder gar nicht herausgestellt. Es wird vielmehr der Eindruck erweckt, als handle es sich bei der dargestellten Variante der GT um DIE Gesprächspsychotherapie – obwohl es DIE eine Gesprächspsychotherapie inzwischen gar nicht mehr gibt.

Ein Beispiel für solch eine Art der Darstellung liefert der Vortrag, den Ludwig Teusch 2016 auf dem DPGG-Forum hielt. Der Vortrag trug den Titel „Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Zwang“. Es wurde jedoch nur eine bestimmte Form der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung vorgestellt. Während des Vortrags wurde darauf nicht ausdrücklich hingewiesen. Teusch vertrat in seinem Vortrag den GT-Ansatz von Finke [1]. Ich kritisiere nicht das darin beschriebene Vorgehen oder behaupte, dass es nicht wirksam ist. Ich bin nur der Meinung, es sollte nicht als GT bezeichnet werden oder zumindest als GT nach Finke, da es sich von dem GT-Verständnis von Rogers so weit unterscheidet, dass es meinem Eindruck nach eine größere Nähe zur VT als zur Rogers-GT hat.

Für diese Einschätzung habe ich folgende Gründe: In dem Kapitel „Angst- und Zwangsstörungen“ (Stumm und Keil, 2014, „Praxis der Personzentrierten Psychotherapie“, S. 215–226) schreibt Teusch im Unterkapitel „Soziale Phobie“ auf Seite 220 unten [2]: „Natürlich gehören Anregungen, bisher ängstlich vermiedene Situationen aufzusuchen und die alten negativen Erfahrungen zu überprüfen, auch zum personzentrierten Vorgehen, wenn der Patient trotz guter Bearbeitung keine Änderungen auf der Handlungsebene beginnt.“ Auch in seinem Vortrag zur Zwangsstörung hat Teusch mündlich ausdrücklich

darauf hingewiesen, dass es sinnvoll sei, bei Zwangsstörungen Expositions-Übungen durchzuführen.

Ich kritisiere nicht diese Überzeugung von Teusch. Als Verhaltenstherapeut handle ich selbst ja regelmäßig nach dieser Überzeugung. Ich frage mich nur, wie diese Empfehlung zu den Prinzipien einer GT nach Rogers passt, denn dem Therapeuten wird geraten, den Pat. aktiv zu einem bestimmten Verhalten aufzufordern. Der Therapeut übernimmt damit eine Führungs- oder Leitungsfunktion innerhalb des Therapieprozesses. Er überlässt die Führung nicht der Selbstaktualisierungstendenz im Patienten.

Im Folgenden möchte ich weitere Zitate – zunächst von Teusch aus dem genannten Kapitel – anführen, die dieses untermauern sollen:

„T: ‚Ich bin davon überzeugt, dass Sie sehr gewissenhaft sind und bemerken würden, wenn Sie einen Menschen angefahren hätten. Ich bin sicher, Sie können auf sich vertrauen.‘“ (S. 223/224) Der Therapeut nimmt hier eine Einschätzung vor, um den Pat. zu beruhigen. Teusch nennt diese Interventionsform ‚Ermutigen‘.

Als „Leitsätze“ formuliert Teusch auf S. 224: „Bestärken Sie die Überlegungen des Patienten, dass er

- sich auf die Abwehrkraft seines Körpers verlassen kann,
- sich auf seine Wahrnehmung verlassen kann,
- sich nicht immer wieder kontrollieren muss,
- ein guter Mensch ist und von ihm keine Gefahr ausgeht.“

Auch hier wieder soll dem Pat. etwas explizit erklärt werden. Der Therapeut äußert seine Meinung über den Patienten, in der Hoffnung, dass der Patient sich die Meinung des Therapeuten dann zu eigen macht.

Auf S. 224 rät Teusch zum „Konfrontieren“:

„T: ‚Es hat Sie genervt, dass Ihre Kollegin Sie nach Ihren Plänen gefragt hat. Sie sagten, ihre Neugier ist unerträglich. Können Sie sich vorstellen, dass sie sich für Sie persönlich interessiert, ohne Sie kontrollieren zu wollen?‘

T: ‚Können Sie sich vorstellen, Ihren Freunden von Ihren Schwierigkeiten zu erzählen? Sind Sie ganz sicher, dass sie das ausnutzen würden?‘“

In der Verhaltenstherapie würde man dieses Therapeutenverhalten als Anwendung einer Disputationstechnik im Rahmen einer kognitiven Umstrukturierung bezeichnen. Die Sichtweisen des Patienten werden in Frage gestellt.

In dem Abschnitt „Abwehrbearbeitung“ in seinem Buch „Gesprächspsychotherapie“ (3. Aufl., 2004) schreibt Finke auf S. 64 [1]:

„In den Kapiteln über die Technik des *Einfühlenden Verstehens* und des *Beziehungsklärens* wurde ein gestuftes Vorgehen vorgeschlagen, um den Patienten in ‚kleinen Schritten‘ und so in erlebnisnaher Weise an bestimmte Einsichten heranzuführen.“

Der Pat. soll also vom Therapeuten an Einsichten „herangeführt“ werden. Der Therapeut „führt“ also den Patienten, er überlässt es nicht dem Patienten, den Sitzungsverlauf zu führen und den Therapieprozess zu lenken.

In dem Kapitel „Depressive Störungen“ (Stumm und Keil, 2014, „Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie“, S. 227 – 235) bezieht Finke sich in seiner Darstellung des therapeutischen Vorgehens auf die Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie nach Swildens (S. 228) [2].

Finke rät auf S. 229: „Das einfühlsame Begleiten und Nachzeichnen der inneren Welt negativer Gefühle und Vorstellungen sollte aber immer nur in kürzeren Intervallen und abwechselnd mit Interventionen der Dialogbeziehung, näherhin des **Selbstöffnens**, vollzogen werden. Der Therapeut wird also ca. 5–10 Minuten einfühlsam auf die oben genannten Themen eingehen und empathisch das düstere Erleben von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung verdeutlichen. Dann wird er aus der Dialogposition im Sinne von Selbstöffnen bzw. von ‚Ich-Botschaften‘ (Finke 2004) versuchen, ermutigend, selbstwertstabilisierend und einen Änderungsoptimismus anregend zu wirken.“

Als Beispiel nennt Finke auf S. 229 folgende „Ermutigende Ich-Botschaften“:

„T: ‚Es muss sehr schwer für Sie sein, diesen Zustand zu ertragen, und Sie können jetzt gar nicht glauben, dass sich das jemals ändert. Aber ich bin mir sicher, dass Sie in einigen Wochen die Dinge schon anders sehen können.‘

T: ‚Ich habe schon an vielen Patienten erlebt, wie sich Schritt für Schritt die düstere Welt bei ihnen wieder aufhellte. Und so wird es auch bei Ihnen sein.‘“

Es stellt sich natürlich die Frage, wie weit man in seinen positiven Prognosen gehen möchte, da die Gefahr besteht, dass sie nicht wahr werden und man dann später seine Glaubwürdigkeit als Therapeut einbüßt. Aber ich kann verstehen, dass Finke es für notwendig erachtet, schwer depressiven Patienten Mut zuzusprechen, Ihnen Hoffnung zu machen auf eine bessere Zukunft. Auch aus meiner Erfahrung heraus mit schwer depressiven Patienten glaube ich, dass es notwendig ist, ihnen in dieser Weise zu begegnen, sie auf diese Weise zu unterstützen. Gleichzeitig denke ich, dass es den Prinzipien einer GT nach Rogers widerspricht.

Was halten Sie von den genannten Interventionen? – Widersprechen sie nicht auch Ihren Prinzipien einer GT? Sind Sie der Überzeugung, dass schwer depressive Patienten, ohne ermutigende Intervention auskommen? Spricht aus Ihrer Sicht etwas gegen diese Interventionen?

Dieter Höger schreibt im Abschnitt „Was ‚darf‘ der Gesprächspsychotherapeut, was nicht?“ (Eckert et al., 2. Aufl., 2012, „Gesprächspsychotherapie“, Seite 23) [3]:

„Es geht beispielsweise nicht darum, ob der Therapeut Vorschläge für das Verhalten des Patienten macht oder nicht,

sondern vielmehr um den momentanen Kontext und seine dahinter stehende Intention. Ist die therapeutische Beziehung etabliert, und der Patient weiß, dass es um seine eigene Verantwortlichkeit geht: Warum sollte ein Therapeut einen Vorschlag, der ihm gerade als Idee durch den Kopf geht, nicht äußern, sofern er ihn klar als eine solche deklariert und sich anschließend gemeinsam mit dem Patienten anschaut, welche Gedanken, Gefühle und Intentionen diese Idee bei diesem auslöst?“

„Warum sollte ein Therapeut einen Vorschlag, der ihm gerade als Idee durch den Kopf geht, nicht äußern?“ – Ich würde antworten, weil es ihn gedanklich von dem Pat. entfernt und weil es weder der Leitlinie entspricht, empathisch zu sein, noch der Leitlinie unbedingt wertschätzend zu sein. Stattdessen sollte der Therapeut seine Idee als Ausdruck einer Inkongruenz wahrnehmen und sich veranlasst sehen, diese wieder herzustellen.

Sie erläutern dieses ja sehr gut u. a. auf der S. 159 in ihrem Buch „Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen“ [4] an einer Fallvignette:

„Der Therapeut würde zu gern dem Klienten einen Rat geben und ihm erklären, wie er seine Arbeitsunfähigkeit zu verstehen hat. Erst als er überlegt, ob diesem Klienten nicht besser mit einem Selbstkontrolltraining zu helfen wäre als mit einer Gesprächspsychotherapie, registriert er seine Gefühle von Ohnmacht diesem Klienten gegenüber.“

Sie raten dann zu einer Verbalisierung (statt zu direktiven Interventionen), in der der Therapeut den Pat. empathisch versteht und dabei auch dessen inneren Bezugsrahmen berücksichtigt. Genau dieses Vorgehen entspricht meinem Verständnis nach dem Konzept von Rogers.

Ich behaupte, dass sich die drei therapeutischen Beziehungsvariablen nicht entsprechend der Konzeptualisierung von Rogers verwirklichen lassen, wenn sie durch weitere Interventionen ergänzt werden. Demnach können sie weder in einer Verhaltenstherapie noch in den sog. „weiterentwickelten“ bzw. veränderten Varianten der Gesprächspsychotherapie entsprechend ihrer Definition von Rogers praktiziert werden.

Jedes Einwirken auf den Pat. von außen widerspricht einer nicht an Bedingungen geknüpften Wertschätzung und es widerspricht auch dem empathischen Verstehen, weil dieses ein Verstehen innerhalb des Bezugsrahmens des Pat. ist. Würde ich mir eine Intervention für den Pat. überlegen, müsste ich mich fragen, was ihm jetzt wohl helfen würde. Mit dieser Überlegung befände ich mich aber außerhalb des inneren Bezugsrahmens des Patienten, d. h. ich würde in diesem Moment kein empathisches Verstehen verwirklichen.

Ich danke Ihnen im Voraus für das Lesen meiner Überlegungen und verbleibe mit herzlichen Grüßen

Karsten Wittke

Hamburg, den 31. 10. 2017

Lieber Herr Wittke!

Ich freue mich auch über unseren Briefwechsel und habe mit großem Interesse Ihren Brief gelesen.

Sie schreiben, dass Sie eine große Sympathie für die Gesprächspsychotherapie empfinden. Die diese kennzeichnende Haltung, dem Klienten Freiheit zu gewähren bzw. sich seiner nicht zu bemächtigen, spreche Sie sehr an. Es habe vermutlich mit Ihrem eigenen Autonomiebedürfnis zu tun, dass Sie diese besondere Form der Non-Direktivität der klassischen Gesprächspsychotherapie so sehr schätzen.

Ja, ich bin auch der Meinung, dass Rogers eine gewährende, sich des anderen nicht bemächtigende Haltung des Therapeuten beschreibt. Was diese Haltung genau beinhaltet und was nicht, wird allerdings nicht nur von Therapeuten anderer Schulen, sondern auch von verschiedenen Gesprächspsychotherapeuten z. T. sehr unterschiedlich gesehen, wie Sie ja auch in Ihrem Brief hervorheben. Da Sie mich nach meiner Meinung dazu fragen, will ich zunächst diese zu verdeutlichen versuchen.

Ich meine, dass gar nicht oft und nachdrücklich genug darauf hingewiesen werden kann, dass Rogers die Haltung des Therapeuten und nicht der Mutter oder des Betriebsleiters z. B. gegenüber dem Klienten – und nicht der Tochter oder dem Untergebenen –, also gegenüber einer Person beschreibt, die sich in ihrem um Kongruenz ringenden Erleben selbst exploriert und dazu Hilfe sucht. Dabei ist um Kongruenz Ringen definiert als Streben nach Offenheit für die Erfahrung auch seiner selbst bzw. danach, sich seiner selbst bewusst zu werden. Dieses Streben mag zwar jedem Menschen innewohnen und manchem nur nicht bewusst sein. Es ist aber keineswegs gesprächspsychotherapeutisch, jemanden wie einen Patienten zu behandeln, der nicht darum gebeten hat.

Es scheint mir ferner oft in Vergessenheit zu geraten: Nicht der Therapeut allein, sondern Therapeut und Klient zusammen schaffen die Bedingungen für die Entwicklung von Autonomie bzw. für das Erleben des dem Menschen inhärenten Strebens nach Autonomie – das zur Aktualisierungstendenz gehört – durch die Wahrnehmung und Annahme – auf der Seite des Klienten – des Angebots einer wirklich (echten, tatsächlichen) bedingungsfrei empathischen Beziehung, die eine positive, akzeptierende ist, auf der Seite des Therapeuten.

Das ist vielleicht doch etwas anderes, als dass sich der Therapeut zurückhält und auf direkte Einflussnahme verzichtet. Vielmehr konzentriert sich der Therapeut auf das Erleben des Klienten aus dessen Sicht – wie der es wahrnimmt und bewertet und versteht etc. – und auf dessen Möglichkeiten, sich dieses Erlebens bewusst zu werden bzw. auf dessen Beeinträchtigungen in diesem Prozess.

Non-Direktivität steht m. E. vor allem dafür, dass sich die Gesprächspsychotherapie nicht als ein „Interventionsarsenal“ versteht, mit dem auf den Klienten zu seinem Wohl eingewirkt werden kann. Vielmehr versteht sich die Gesprächspsychotherapie als das Angebot einer Beziehung, und zwar der Beziehung zu einer anderen Person, die die Bedingung für die Selbstentwicklung von innen heraus ist. Modern ausgedrückt: Die Gesprächspsychotherapie sieht die Veränderungspower beim Klienten, nicht beim Therapeuten.

Und diese Beziehung ist nicht dasselbe wie eine gute Beziehung zum Beispiel im Sinne einer Grundlage, auf der andere Interventionen eine bessere Wirkung entfalten. Mehr dazu vielleicht später.

Sie schreiben, dass Sie sich an mich als eine Vertreterin der klassischen Variante – unter anderen – der Gesprächspsychotherapie wenden, und möchten, dass ich mich als eine solche zu Ihren Fragen und Ansichten äußere. Ich will das gerne zu tun versuchen.

Ich finde es – wie Sie – auch nicht sinnvoll, therapeutische Ansätze Gesprächspsychotherapie zu nennen, die „ganz anders sind als die klassische Gesprächspsychotherapie“, wie Sie sagen, und ich finde es – wie Sie – erst recht nicht in Ordnung, sie „die Gesprächspsychotherapie“ zu nennen.

Ich frage mich beim Lesen von vielen gesprächspsychotherapeutischen Autoren oft, warum sie sich so ausdrücken, als gehe es in der Therapie in erster Linie um die konkreten Verhaltensweisen des Therapeuten bzw. um seine Interventionsmöglichkeiten. Vielleicht wollen sie uns Therapeuten ja zeigen, dass es Alternativen zum ohnmächtig passiven Abwarten der Selbstaktualisierung des Klienten gibt, z. B. die „Technik“ des „einfühlenden Verstehens“ und „Beziehungsklärens“, mit der man Patienten „in kleinen Schritten“ an Einsichten „heranführen“ könne.

Während nun aber Höger schreibt, dass der Therapeut mit der Äußerung einer eigenen Idee den Klienten auf eine eigene Idee bringen könne, also seine Selbstexploration anregen könne – und die ist eine Beschäftigung mit dem eigenen Erleben –, fehlt oft ein solcher Hinweis bei anderen Autoren.

Der „klassische“ Gesprächspsychotherapeut geht davon aus, dass sich der Klient, wenn er erlebt, dass ihn der Therapeut wirklich empathisch beachtet und zwar bedingungsfrei, d. h. was auch immer sich in ihm an Erfahrungen abspielt, und das nicht bewertet, dass der Klient sich dann immer mehr diesem Erfahren zuwendet mit der Folge, dass es ihm immer klarer wird und damit eher zu bewältigen.

Der Klient wird sich dann die „Konstrukte“, die sein Denken und damit auch Fühlen bestimmen, zusammen mit dem Therapeuten näher ansehen und ihrem Sinn oder Unsinn, ihrer Herkunft etc. nachspüren und „sich“ dadurch „verändern“ im Sinne von vollständiger wahrnehmen.

Ich möchte nun etwas ausführlicher auf Ihre Frage zu Högers Äußerung eingehen.

Höger [5] hat wiederholt und eindringlich dargestellt, dass das gesprächspsychotherapeutische Konzept bzw. Beziehungsangebot auf verschiedenen Abstraktionsebenen dargestellt werden kann bzw. beschrieben worden ist, z. B.

- Auf der Ebene der Beziehung (1): als Patient-Therapeut-Beziehung im Unterschied zu Kind-Mutter, Schüler-Lehrer etc.-Beziehung
- Auf der Ebene zusammenfassender Merkmale dieser Beziehung (2): empathisches Verstehen, Kongruenz/Inkongruenz etc.
- Auf der Ebene zusammenfassender Klassifikationen spezifischer Verhaltensweisen von Klient und Therapeut (3): also Selbstexploration des Klienten, Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten durch den Therapeuten etc.
- Auf der Ebene konkreter Verhaltensweisen von Therapeut und Klient in einem bestimmten therapeutischen Kontakt (4), (z. B. der Therapeut äußert eine eigene Idee.)

Diese Ebenen sind einander unter- bzw. übergeordnet in der Weise, dass ein Ereignis nur dann einer Ebene (als gesprächspsychotherapeutisch) zugeordnet werden kann, wenn es auch den Kriterien der jeweils übergeordneten Ebenen genügt. Die Verbalisierung eines emotionalen Erlebnisinhaltes einer Person durch eine andere ist also nur dann eine therapeutische Verhaltensweise im Sinne des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebotes, wenn sie durch einen Therapeuten gegenüber einem Klienten (s. o.) erfolgt und Ausdruck eines wirklich empathischen Verstehens ist, das mit dem Gefühl von bedingungsfreier Wertschätzung verbunden ist und bei dem der Therapeut kongruent ist.

Auf der anderen Seite gilt, dass sich die Gegebenheiten der jeweiligen Abstraktionsebenen nicht eindeutig aus denen der je übergeordneten Ebenen ableiten lassen.

Dass ein Therapeut Vorschläge für das Verhalten seines Patienten macht, kann durchaus ein gesprächspsychotherapeutisches Verhalten sein und zwar dann, wenn dieser Vorschlag nicht Zweifel im Patienten daran aufkommen lässt, dass der Therapeut ihn empathisch in seinem inneren Bezugsrahmen verstanden hat, ihn in seinem Erleben respektiert und kongruent ist, d. h. sich seiner Reaktion auf den Patienten vollständig bewusst sein kann.

Wenn sich hinter dem Vorschlag des Therapeuten allerdings verbirgt, dass er das Mitleiden mit der Hilflosigkeit seines Patienten nicht länger ertragen kann, ihm das aber nicht bewusst wird oder er es dem Klienten nicht zumuten möchte, dann ist er nicht mehr kongruent bzw. dann entspricht sein Vorschlag einer konkreten Verhaltensweise (4), nicht den Kriterien auf

den höheren Ebenen der Beschreibung der gesprächspsychotherapeutischen Beziehung.

Lieber Herr Wittke, Sie schreiben am Ende Ihres Briefes:

„Ich behaupte, dass sich die drei therapeutischen Beziehungsvariablen nicht entsprechend den Konzeptualisierungen von Rogers verwirklichen lassen, wenn sie durch weitere Interventionen ergänzt werden. Demnach können sie weder in einer Verhaltenstherapie noch in den sog. ‚weiterentwickelten‘ bzw. veränderten Varianten der Gesprächspsychotherapie entsprechend ihrer Definition von Rogers praktiziert werden.“

Ich stimme dieser Ihrer Aussage zu und zwar nachdem ich sie zunächst verschärfend umformuliere:

Das Konzept der therapeutischen Beziehung im Sinne von Carl Rogers ist nicht in der Form in der Praxis „umzusetzen“, dass der Therapeut die „drei therapeutischen Beziehungsvariablen“ Empathie, Bedingungsfreie Positive Beachtung und Kongruenz „verwirklicht“. Wirklich bedingungsfreie positive empathische Beachtung ist keine Intervention – schon gar nicht drei voneinander isolierbare Interventionen. Sie kann nicht in einer Verhaltenstherapie „praktiziert“ werden, mit anderen Interventionen und deren Effektivität verglichen oder durch andere Interventionen „ergänzt“ werden, ohne dadurch zu etwas anderem zu werden, zu etwas, als das sie in der Gesprächspsychotherapie nicht konzipiert ist.

Mit der Beschreibung der Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess als „Variablen“ im Sinne des damaligen ebenso wie des heutigen Mainstreams in der Forschung, war schon Rogers nie besonders glücklich. Sie ist der Ausgangspunkt für die Verkürzung z. B. der Bedingungsfreien Positiven Beachtung bzw. der „unbedingten Wertschätzung“ zur „Akzeptanz“ und Interventionsform, die der Therapeut „einsetzen“ und „dosieren“ und sogar „nachbuttern“ kann, wie ich eine Kollegin einmal sagen hörte.

Sie sagen: „Ich behaupte, dass sich die drei therapeutischen Beziehungsvariablen nicht entsprechend der Konzeptualisierung von Rogers verwirklichen lassen, wenn sie durch weitere Interventionen ergänzt werden“ ... (s. o.)

und begründen Ihre Meinung u. a. damit – und das möchte ich aufgreifen –, dass sich das empathische Verstehen des Therapeuten auf die Erfahrung des Klienten in seinem inneren Bezugsrahmen richtet und daher jede Betrachtung des Klienten und seines Erlebens aus einer externen Perspektive unangemessen sei. Das gelte auch für Vorstellungen des Therapeuten darüber, was gut für den Klienten ist oder wäre und erst recht für Vorschläge oder gar Anordnungen des Therapeuten, was das Verhalten des Klienten betrifft, z. B. Übungen zu machen oder sich Expositionen auszusetzen.

Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet halten Sie auch die Process-Experiential-Formen der Gesprächspsychotherapie für inkompatibel mit Rogers' Konzept.

Ich verstehe die sog. „Weiterentwicklungen“ der Gesprächspsychotherapie beginnend mit dem Focusing als Erweiterungen durch Methoden, durch die systematisch die Aufmerksamkeit des Klienten auf dessen Prozess des Erlebens gelenkt wird – bzw. auf Behinderungen in diesem Prozess, der gerne mit einem Flusslauf verglichen wird. Das Erleben, das dabei in den Fokus der Aufmerksamkeit des Klienten tritt, bzw. die Inhalte der Selbstexploration, die der Klient dann entwickelt, versucht der Therapeut dann empathisch und unbedingt wertschätzend zu beachten. Es werden also nicht das Erleben und auch nicht der Prozess des Erlebens, sondern die Aufmerksamkeit des Klienten gelenkt. Insofern können auch diese Therapeuten durchaus non-direktiv arbeiten, obwohl sie sich selbst gern auch als prozess-direktiv bezeichnen, weil es ihnen eben um den Fluss des Erlebens geht.

Lieber Herr Wittke, für heute möchte ich schließen. Ich hoffe, wenigstens einige Ihrer Fragen aufgegriffen zu haben und freue mich auf eine Antwort von Ihnen.

E.-M. Biermann-Ratjen

Kiel, den 20. 1. 2018

Liebe Frau Biermann-Ratjen,

vielen Dank für Ihren Brief vom 31. 10. 2017, in dem Sie auf meine Fragen vom 27. 8. 2017 eingehen.

In Ihrem Brief machen Sie gleich zu Beginn darauf aufmerksam bzw. betonen Sie, dass die Gesprächspsychotherapie die Beziehung zwischen einem Therapeuten und einem Patienten beschreibt und nicht die Beziehung zwischen Personen im Allgemeinen, z. B. zwischen einer Mutter und ihrer Tochter oder einem Betriebsleiter und seinem Untergebenen.

Ich halte Ihren Hinweis für zutreffend und auch wichtig. – Welche Konsequenzen hat Ihr Hinweis?

Eine (erste) Konsequenz sollte sein, klar zu definieren, was ein „Patient“ und was ein „Therapeut“ ist.

In Ihrem Brief an mich definieren bzw. charakterisieren Sie den Klienten als eine Person, „die sich in ihrem um Kongruenz ringenden Erleben selbst exploriert, beschreibt und dazu Hilfe sucht.“ Sie ergänzen: „Dabei ist um Kongruenz Ringen definiert als Streben nach Offenheit für die Erfahrung auch seiner selbst bzw. danach, sich seiner selbst bewusst zu werden.“

Auf die Frage – Was ist ein „Patient“ bzw. „Klient“? – würde meine Antwort etwas anders lauten.

Zunächst einmal möchte ich behaupten, dass eine Person, die unter einer psychischen Störung bzw. psychischen Krankheit leidet, nicht automatisch ein Patient ist. Wenn jemand beispielsweise unter einer Zwangsstörung leidet, dann ist er

zunächst einmal nur ein Leidender, aber noch kein Patient. Erst wenn er sich Hilfe suchend an einen professionellen Helfer wendet, z. B. an einen Psychotherapeuten, wird er damit zu einem Patienten. Es gibt viele Leidende, die sich nicht an einen Helfer wenden – z. B. weil sie sich nicht trauen, weil sie sich schämen, weil sie keine Kraft haben, weil Ihnen die Hoffnung fehlt oder weil sie nicht wissen, dass das, worunter sie leiden, eine behandelbare Krankheit ist. All diese Menschen sind keine Patienten, auch wenn man bei Ihnen eine Krankheit diagnostizieren könnte.

Meine Definition für „Patient“ lautet daher: Ein Patient ist eine Person, die unter einer Krankheit bzw. Störung leidet und wegen dieser bei einem professionellen Helfer um Hilfe nachsucht.

Ein Patient wendet sich also an einen Helfer, weil er damit eine *Absicht* verfolgt (Linderung seiner Beschwerden, Gesundheit) und weil er *Erwartungen* hat (der Arzt / Therapeut kann mir helfen).

Sie, liebe Frau Biermann-Ratjen, heben in Ihrer Patienten-Beschreibung andere Absichten und Erwartungen als charakteristisch hervor. Sie beschreiben den Patienten als eine Person, die (a) in ihrem Erleben um Kongruenz ringt, die (b) sich dabei exploriert, die (c) sich dabei beschreibt und die (d) dazu Hilfe sucht.

Meine Erfahrung ist, dass es tatsächlich einige wenige Patienten gibt, auf die Ihre Beschreibung zutrifft. Für die Mehrzahl der Patienten würde ich hingegen eine andere Beschreibung wählen.

Meinem Eindruck nach ringt die Mehrzahl der Patienten nicht um Kongruenz in ihrem Erleben, sondern ist eher (unbewusst) bemüht, das Erleben bestimmter Bewusstseinsinhalte zu vermeiden. Vielfach scheint es Patienten darum zu gehen, aversive Gefühle zu vermeiden, die ihrerseits Bewusstseinsinhalte wären, wenn sie zugelassen würden und auch andere Bewusstseinsinhalte zu vermeiden (z. B. biografische Erfahrungen), die mit aversiven Gefühlen verknüpft sind. Diese Patienten explorieren sich daher auch nicht. Sie nehmen deshalb in sich selbst auch nichts oder nicht viel wahr, was sie beschreiben könnten. Ihre Erwartung an den Therapeuten besteht demzufolge auch nicht darin, in ihrer Selbstexploration unterstützt zu werden, sondern darin, dass der Therapeut irgendwie dafür sorgt, dass ihre Symptome wieder verschwinden.

Ich halte es für wünschenswert, dass ein Patient die von Ihnen beschriebenen Merkmale aufweist, glaube aber, dass bei den meisten Patienten diese Merkmale nicht am Beginn einer Therapie schon vorhanden sind, sondern durch eine Therapie erst herbeigeführt werden müssen.

Die klassische GT geht – so wie ich Sie verstehe – davon aus, dass es die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Klienten ist, durch die es dem Klienten möglich wird,

sich immer besser zu explorieren und seine Inkongruenz abzubauen.

Sie schreiben, dass es nicht der Therapeut ist, der durch Interventionen beim Patienten eine Veränderung bewirkt, sondern dass es der Patient selbst ist, dem es durch die Beziehung zum Therapeuten möglich wird, sich selbst zu verändern („Die Gesprächspsychotherapie sieht die Veränderungspower beim Klienten, nicht beim Therapeuten.“).

An einer Stelle in Ihrem Brief gehen Sie ganz besonders auf diese spezielle Art der Beziehung ein, wie Carl Rogers sie gemeint habe und Sie machen auf ein Missverständnis aufmerksam:

„Das Konzept der therapeutischen Beziehung im Sinne von Carl Rogers ist nicht in der Form in der Praxis ‚umzusetzen‘, dass der Therapeut die ‚drei therapeutischen Beziehungsvariablen‘ Empathie, Bedingungsfreie Positive Beachtung und Kongruenz ‚verwirklicht‘. Wirklich bedingungsfreie positive empathische Beachtung ist keine Intervention – schon gar nicht drei Interventionen. Sie kann nicht in einer Verhaltenstherapie ‚praktiziert‘ werden, mit anderen Interventionen und deren Effektivität verglichen oder durch andere Interventionen ‚ergänzt‘ werden, ohne dadurch zu etwas anderem zu werden, zu etwas, als das sie in der Gesprächspsychotherapie nicht konzipiert ist.“

Ich betrachte nicht jede einzelne Beziehungsvariable als Intervention. Ich bin aber der Meinung, dass die Handlungen des Therapeuten, die zu einer Beziehung beitragen, in der die drei Beziehungsvariablen verwirklicht sind, als Interventionen betrachtet werden müssen. Vielleicht missverstehe ich damit das Konzept der Klassischen GT. Ich kann aber auch anhand Ihrer Erläuterungen oben noch nicht ganz verstehen, wie es in der Klassischen GT anders gemeint ist.

Um meine Sichtweise näher zu erläutern, möchte ich an dieser Stelle noch einmal auf das Vorhaben Bezug nehmen, die Begriffe „Patient“ und „Therapeut“ zu definieren. Für den Begriff „Patient“ ist dieses weiter oben bereits geschehen.

Was ist nun ein „Psychotherapeut“?

Ein Psychotherapeut ist meinem Verständnis nach eine Person, die sich in ihrem Denken und Handeln darum bemüht, einem psychisch Kranken, der sich an sie wendet, zu helfen, Symptome zu reduzieren, Leidensdruck zu verringern und möglichst wieder gesund zu werden.

Was tut der Psychotherapeut, um dieses Ziel zu erreichen?

Er führt mit dem Patienten Gespräche.

Während er diese Gespräche führt, entsteht zwischen ihm und dem Patienten eine Beziehung.

Wenn sich ein Therapeut mit einem Patienten zu Gesprächen trifft, dann verfolgt er damit eine bestimmte Absicht. Seine Absicht ist es, durch die Gespräche zur Erreichung des oben skizzierten Ziels (Symptomreduktion, Leidensverringern, Gesundheit) beizutragen. Das Verhalten des Therapeuten während

des Gesprächs ist insofern absichtsvoll. Wenn er einen Patienten bedingungslos positiv empathisch beachtet und diese Beachtung durch einen sprachlichen Akt ausdrückt (z. B. durch „Besonders furchtbar ist, dass Sie sich im Moment nicht vorstellen können, dass diese Verzweiflung jemals weniger werden könnte.“), dann sagt der Therapeut dieses nicht nur, weil er den Patienten mag, sondern auch, weil er eine Absicht verfolgt. Er möchte, dass der Patient wieder gesund wird und er glaubt, den Patienten durch diese Äußerung beim Gesundwerden zu unterstützen.

Diese Art absichtsvolles Verhalten würde ich als Intervention bezeichnen.

Interventionen sind meinem Verständnis nach Maßnahmen, um ein Ziel zu erreichen. Das beschriebene Therapeutenverhalten erfüllt meiner Meinung nach die Kriterien der genannten Definition von „Intervention“.

Die Folge des wechselseitigen Verhaltens zwischen Therapeut und Patient ist eine Beziehung zwischen ihnen beiden.

Was aber genau ist eine Beziehung?

Diese Frage scheint mir umso wichtiger, wenn man – wie in der Klassischen GT – davon ausgeht, dass „die Beziehung“ der entscheidende Wirkfaktor in der Psychotherapie ist.

Wie definiert die Klassische GT „Beziehung“? Wie würden Sie „Beziehung“ definieren?

Meine Definition für „Beziehung“ lautet: Eine Beziehung besteht aus den Vorstellungen der beteiligten Personen darüber, was von der jeweils anderen Person zu erwarten ist und welche Regeln für den Umgang miteinander gelten sollen. Mit diesen Vorstellungen sind Gefühle verbunden, die in der Interaktion mit dem jeweils anderen entstehen.

Welche Erwartungen an den Patienten existieren im Kopf des Therapeuten während einer Psychotherapie? Welche Erwartungen an den Therapeuten hat der Patient im Kopf? Welche Regeln gelten für die Interaktion während einer Psychotherapie? Welche Gefühle empfindet der Therapeut, welche Gefühle empfindet der Patient? Welche Regeln gelten für den Umgang mit den jeweiligen Gefühlen bei der jeweiligen Person?

Aus den Antworten auf diese Fragen konstituiert sich die jeweilige psychotherapeutische Beziehung.

Sie ist damit nichts Abstraktes, sondern etwas ganz Konkretes, das nur schwer zu erfassen ist. Sie existiert als Gedanken, Gefühle und Handlungsbereitschaften in den Köpfen der Beteiligten. Welcher Art diese Elemente sind, wird z. T. durch offizielle Regeln und Vorgaben der jeweiligen Therapieschule bestimmt und z. T. durch die Beteiligten selbst.

Daraus ergeben sich Bestimmungsmerkmale, die psychotherapeutische Beziehungen von allen anderen Beziehungen deutlich unterscheidet, z. B.: Ein Gespräch endet nach einer vorgegebenen Zeit, i. d. R. nach 50 Minuten – auch wenn das Thema noch nicht beendet ist oder der Patient gerade sehr

intensive belastende Gefühle hat. Der Therapeut erfährt sehr viel Persönliches vom Patienten, aber der Patient erfährt kaum etwas Persönliches von dem Therapeuten. Einerseits existiert für den Patienten sehr viel Nähe („Ich kann meinem Therapeuten alles über mich sagen, auch das Persönlichste.“ „Ich darf erwarten, dass mein Therapeut mich nicht absichtlich verletzt.“ „Ich kann ihm diesbezüglich vertrauen.“ „Er ist in den Sitzungen mit seiner Aufmerksamkeit und seinen Gedanken ganz für mich da.“) und andererseits existiert auch extrem viel Distanz („Ich kann nicht viel Persönliches von meinem Therapeuten erfahren – viel weniger als von meinen Bekannten, mit denen ich mich hin und wieder treffe und denen ich niemals so viel Persönliches erzählen würde, wie meinem Therapeuten.“ „Ich muss davon ausgehen, dass mein Therapeut mich verletzt, indem er mir nicht die Möglichkeit gibt, mich jederzeit – auch in der Nacht, am Wochenende oder im Urlaub – an ihn zu wenden, wie ich es bei einem Freund könnte.“ „Kann ich ihm dann vertrauen, dass es ihm wirklich wichtig ist, wie es mir geht?“ „Außerhalb der Sitzungen ist mein Therapeut mit seiner Aufmerksamkeit nicht bei mir. Wie kann er in Urlaub gehen, wenn es mir doch gerade so schlecht geht? Bin ich ihm wirklich wichtig? Wieso ist eine so intensive Beziehung wie die therapeutische von Anfang an auf ein Beziehungsende, eine Beendigung des Kontakts festgelegt?“).

Wenn man also sagt, dass es die Beziehung ist, die heilt, dann frage ich mich – auch mit Blick auf die oben genannten Besonderheiten psychotherapeutischer Beziehungen –, wie die Beziehung innerhalb der Klassischen GT gestaltet sein sollte.

Den Beitrag, den der Therapeut zu dieser Gestaltung leistet, würde ich – wie oben gesagt – als Intervention bezeichnen.

Nach meinem bisherigen Verständnis von Klassischer GT sollte sich der GT-Therapeut non-direktiv verhalten (im Sinne einer Interventionsvorschrift).

Sie schreiben:

„Nicht der Therapeut allein, sondern Therapeut und Klient zusammen schaffen die Bedingungen für die Entwicklung von Autonomie bzw. für das Erleben des dem Menschen inhärenten Strebens nach Autonomie – das zur Aktualisierungstendenz gehört – durch die Wahrnehmung und Annahme – auf der Seite des Klienten – des Angebots einer wirklich (echten, tatsächlichen) bedingungslos empathischen Beziehung, die eine positive, akzeptierende ist, auf der Seite des Therapeuten.

Das ist vielleicht doch (hervorgehoben von mir – kw) etwas anderes, als dass sich der Therapeut zurückhält und auf direkte Einflussnahme verzichtet.“

Scheinbar haben Sie aus meinem ersten Brief den Eindruck gewonnen, ich wäre der Meinung, das therapeutische Handeln in der Klassischen GT wäre allein durch Non-Direktivität charakterisiert und Non-Direktivität würde ich als Passivität verstehen. Dem ist aber nicht so.

Non-Direktivität innerhalb der Klassischen GT bedeutet nach meinem Verständnis, dass sich der Therapeut aktiv darum bemüht, nur eines zu tun, nämlich mit seiner Aufmerksamkeit ganz und gar in die Wahrnehmungswelt des Patienten einzutauchen (ohne sich dabei mit ihm zu identifizieren) und ihm das dabei empathisch Wahrgenommene mitzuteilen. Gleichzeitig bedeutet die Non-Direktivität auch aktiver Verzicht auf eine direkte Einflussnahme. Natürlich bedeutet das „Mitteilen von etwas empathisch Verstandenem“ auch eine Einflussnahme, aber es ist eine non-direktive, weil der Therapeut damit keine Richtung (keine Direktive) vorgibt.

Zur Einschätzung der Aussage von Höger schreiben Sie:

„Dass ein Therapeut Vorschläge für das Verhalten seines Patienten macht, kann durchaus ein gesprächspsychotherapeutisches Verhalten sein und zwar dann, wenn dieser Vorschlag nicht Zweifel im Patienten daran aufkommen lässt, dass der Therapeut ihn empathisch in dessen innerem Bezugsrahmen verstanden hat, ihn in seinem Erleben respektiert und kongruent ist, d. h. sich seiner Reaktion auf den Patienten vollständig bewusst sein kann. Die Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte des Klienten ist nicht die einzige Art und Weise, in der sich der Gesprächspsychotherapeut ausdrücken – oder in der er sein empathisches Verstehen usw. ‚umsetzen‘ kann.“

Für mich steht die Aussage „Vorschläge für das Verhalten eines Patienten können ein gesprächspsychotherapeutisches Verhalten sein“ im Widerspruch zu meines Erachtens zentralen Aussagen von Rogers.

Es geht mir nicht um die Frage, ob sich Vorschläge hilfreich auswirken oder nicht. Es geht mir um die Frage nach dem Konzept der Gesprächspsychotherapie. Wenn ein Konzept nicht eindeutig und frei von Widersprüchen ist, besteht keine Chance, dieses Konzept in praktisches Handeln umzusetzen und zu testen.

Wenn ich Untersuchungsergebnisse lese, wonach „DIE“ Gesprächspsychotherapie diese oder jene Effektivität aufweist, dann kann ich diese Ergebnisse nicht deuten, weil ich gar nicht weiß, nach welchen Regeln sich die untersuchten Therapeuten überhaupt verhalten haben.

Rogers schreibt in „Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“ auf S. 42 [6]:

„Raskin hat in einem unveröffentlichten Artikel (159) eine glänzende Beschreibung dieser Version der Funktion des Beraters gegeben:

Es gibt eine (andere) Art von Reaktion des nicht-direktiven Beraters, die für den Schreiber *die* nicht-direktive Einstellung darstellt. (...) der Berater nimmt ein Maximum an Anstrengung auf sich, um ‚unter die Haut‘ der Person zu gelangen, mit der er kommuniziert, er versucht, sich in sie hineinzusetzen und die zum Ausdruck gebrachten Einstellungen des anderen zu leben, statt sie zu beobachten, und jede Nuance einer Veränderung zu erfassen;

mit einem Wort, er versucht, sich die Einstellungen des anderen vollkommen zu eigen zu machen.“

Dann schreibt Raskin (zitiert von Rogers) einen sehr entscheidenden Satz:

„Und bei diesem Bemühen ist für irgendeine andere Art von Berater-Tätigkeit oder -Einstellung einfach kein Platz mehr; ...“

Raskin erläutert, was er damit meint:

„...; wenn der Berater versucht, die Einstellungen des anderen zu leben, kann er sie nicht gleichzeitig diagnostizieren, er kann nicht darüber nachdenken, wie sich der Prozess beschleunigen ließe. Weil er ein anderer ist und nicht der Klient, stellt sich das Verstehen nicht spontan ein; der Berater muss es sich erwerben, und zwar durch höchst intensive, beständige und aktive Aufmerksamkeit gegenüber den Gefühlen des Klienten, die jede andere Art von Aufmerksamkeit ausschließen.“

Ich fasse zusammen, was Raskin schreibt:

Neben dem Bemühen um ein empathisches Verstehen des Patienten ist für irgendeine andere Art von Berater-Tätigkeit oder -Einstellung kein Platz.

Der Berater kann nicht darüber nachdenken, wie sich der Prozess beschleunigen ließe, weil die höchst intensive, beständige und aktive Aufmerksamkeit gegenüber den Gefühlen des Klienten, jede andere Art von Aufmerksamkeit ausschließt.

Rogers schreibt auf S. 43 (ebd.): Ein Therapeut soll „der Versuchung widerstehen, das Individuum insgeheim zu lenken; er darf sich nur auf ein Ziel konzentrieren: Zu tiefem Verstehen und zur Akzeptanz der Einstellungen zu gelangen, die der Klient in dem Augenblick bewusst einnimmt, in dem er Schritt für Schritt in das gefährliche Gebiet eindringt, das er bislang seinem Bewusstsein gegenüber geleugnet hat.“

Vorschläge für das Verhalten eines Patienten sind meiner Ansicht nach immer der Versuch, ein Individuum zu lenken. Damit stehen sie in einem Widerspruch zu den konzeptuellen Aussagen von Rogers. – Wenn ich einem Patienten beispielsweise vorschlage, sich mit einer angstbesetzten Situation zu konfrontieren, dann versuche ich, ihn zu seinem Wohle zu lenken. Um diesen Vorschlag überhaupt machen zu können, muss ich den inneren Bezugsrahmen des Patienten verlassen haben, um zu einer anderen Sichtweise als er zu gelangen. Wenn ich es aber als meine Aufgabe betrachte, nur eines zu tun, nämlich die Sichtweise des Patienten empathisch zu verstehen und zu verbalisieren, dann kann ich gar keine Idee für einen Vorschlag entwickeln.

Dieses gilt meines Erachtens auch für die sog. „Weiterentwicklungen“ der Gesprächspsychotherapie.

Über diese schreiben Sie:

„Ich verstehe die sog. ‚Weiterentwicklungen‘ der Gesprächspsychotherapie beginnend mit dem Focusing als Erweiterungen durch Methoden, durch die systematisch die Aufmerksamkeit

des Klienten auf dessen Prozess des Erlebens gelenkt wird – bzw. auf Behinderungen in diesem Prozess, der gerne mit einem Flusslauf verglichen wird. Das Erleben, das dabei in den Fokus der Aufmerksamkeit des Klienten tritt, bzw. die Inhalte der Selbstexploration, die der Klient dann entwickelt, versucht der Therapeut dann empathisch und unbedingt wertschätzend zu beachten. Es werden also nicht das Erleben und auch nicht der Prozess des Erlebens sondern die Aufmerksamkeit des Klienten gelenkt. Insofern können auch diese Therapeuten durchaus non-direktiv arbeiten, obwohl sie sich selbst gern auch als prozess-direktiv bezeichnen, weil es ihnen eben um den Fluss des Erlebens geht.“

Aus meiner Sicht ist die erwähnte Prozess-Direktivität Ausdruck von Überlegungen zur Verbesserung der Patientenaktivität. Um aber auf Patientenaktivitäten einzuwirken, mit dem Ziel, sie zu verbessern, muss ich sie während des Gesprächs beobachten, bewerten und Ideen entwickeln, wie ich sinnvoll auf sie einwirke. Dieses ist aber nur möglich, wenn ich den inneren Bezugsrahmen des Patienten verlasse. Und damit verabschiede ich mich dann von dem Konzept von Rogers.

Ich will das Konzept von Rogers gar nicht verteidigen – auch wenn es mir persönlich besonders sympathisch ist. Vielleicht ist das Konzept der Prozess-Direktivität ja effektiver als das Konzept von Rogers, aber in jedem Fall handelt es sich meiner Einschätzung nach um zwei deutlich unterschiedliche Konzepte.

An dieser Stelle möchte ich für heute schließen. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit beim Lesen und verbleibe mit besten Grüßen

Karsten Wittke

Hamburg, 28. Februar 2018

Lieber Herr Wittke!

Vielen Dank für Ihren Brief vom 20. 1. des neuen Jahres! Ich hoffe, Sie sind gut hineingekommen!

Es sind nun schon wieder zwei Monate vergangen, seit Sie mir geschrieben haben, und seither grübele ich darüber nach, wie ich Ihnen antworten kann. Je öfter ich Ihren Brief lese, umso mehr fällt mir auf, dass unsere Meinungen über das, was die Gesprächspsychotherapie ausmacht, auf der einen Seite ganz nahe beieinander liegen. Auf der anderen Seite sprechen wir – Sie, der integrative Psychologische Psychotherapeut, und ich, die „klassische“ Gesprächspsychotherapeutin – aber zwei zwar ähnlich klingende aber doch sehr verschiedene Sprachen. Ich suche nach einer Ausdrucksweise bzw. dritten Sprache, in der ich mich Ihnen verständlich machen kann.

Ihrem Vorschlag, den „Patienten“, den „Therapeuten“ und die Begriffe „Intervention“ und „Beziehung“ erst einmal zu definieren, bevor wir sie diskutieren, entnehme ich, dass es Ihnen ähnlich geht.

Ich greife zunächst Ihre Definitionen auf. Sie sagen:

Der **Patient** ist eine Person, die unter einer Krankheit bzw. Störung leidet und sich deswegen an einen professionellen Helfer wendet. Er verfolgt eine **Absicht** (Linderung seiner Beschwerden) und hat **Erwartungen** (der Therapeut kann helfen).

Der **Psychotherapeut** verfolgt die **Absicht**, dem psychisch Kranken zu helfen wieder gesund zu werden.

In Verfolgung dieser Absicht führt er mit dem Patienten Gespräche. Und während dieser Gespräche entsteht zwischen ihm und dem Patienten eine **Beziehung**. Die Beziehung sei die Folge des aufeinander bezogenen wechselseitigen Verhaltens von Therapeut und Patient. Sie – ich zitiere Sie:

„besteht aus den im Kopf der beteiligten Personen existierenden Vorstellungen darüber, was von der jeweils anderen Person zu erwarten ist und welche Regeln für den Umgang miteinander gelten sollen. Mit diesen Vorstellungen sind Gefühle verbunden, die in der Interaktion mit dem jeweils anderen entstehen.“

Die psychotherapeutische Beziehung sei damit nicht etwas abstraktes, sondern existiere ganz konkret als Gedanken, Gefühle und Handlungsbereitschaften in den Köpfen von Patient und Therapeut, die z. T. durch offizielle Regeln und Vorgaben der jeweiligen Therapieschule und z. T. durch die Beteiligten selbst bestimmt würden.

Als **Interventionen** bezeichnen Sie **das absichtsvolle Verhalten des Therapeuten**, seinen Beitrag zur Gestaltung der therapeutischen Gespräche und damit der therapeutischen Beziehung.

Ich stimme Ihren Definitionen weitgehend zu: Patienten und Therapeuten verfolgen Absichten und haben Erwartungen aneinander und im Gespräch miteinander entwickeln sie eine Beziehung zueinander, auch in der Form, dass sich in beider Köpfe Vorstellungen – verbunden mit Gefühlen – davon entwickeln, was vom je anderen erwartet werden kann und welche Regeln für den Umgang miteinander gelten.

Zu Ihrem Vorschlag, Verhaltensweisen des Therapeuten, die mit einer Absicht verbunden sind, (den Patienten beim Gesundwerden zu unterstützen), Interventionen zu nennen, möchte ich später Stellung nehmen.

Ich habe in meinem letzten Brief an Sie die Charakterisierung des Klienten – die Sie zu recht als nur auf wenige Patienten am Beginn einer Therapie zutreffend bezeichnen – aus Rogers' „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung des therapeutischen Prozesses“ entnommen.

Die zweite dieser Bedingungen lautet: „... dass die eine Person, die wir den Klienten nennen wollen, inkongruent ist.“ (Inkongruenz bedeutet – im Rahmen therapeutischer Kontakte – mit Erfahrungen beschäftigt zu sein, die man und in denen man sich selbst nicht oder nur begrenzt verstehen und annehmen kann.)

Rogers hat aber mit der Formulierung der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess weder eine Definition des Klienten noch eine des Therapeuten und schon gar nicht notwendiger oder hinreichender therapeutischer Interventionen vorlegen wollen, sondern eine Abstraktion der Ergebnisse seiner Forschung. Mit dieser hat er Antworten auf die Frage gesucht: Was ist das Gemeinsame an erfolgreichen psychotherapeutischen Prozessen, d. h. solchen, die zu mehr psychischer Reife führen?

Diese Abstraktion ist im Kern die Beschreibung einer spezifischen Art von Beziehung. Sie beschreibt einen Kontakt zwischen zwei Personen, in dem die eine Person, der Klient, inkongruent ist und von der anderen Person, dem Therapeuten, der kongruent ist, empathisch bedingungslos positiv in ihrem Erleben beachtet wird. Und der Klient nimmt zumindest im Ansatz wahr, dass ihn der Therapeut empathisch und bedingungslos positiv beachtet.

Aus diesen vielfach miteinander zusammenhängenden Bedingungen für den erfolgreichen psychotherapeutischen Prozess, die zusammengenommen eine Beziehung beschreiben, habe ich nun einen Aspekt, nämlich „dass die eine Person, die wir den Klienten nennen, inkongruent ist“, herausgegriffen und aus ihm eine Definition „des“ Patienten abgeleitet.

Damit habe ich natürlich Missverständnissen Tür und Tor geöffnet.

„Der Patient“ ist nicht per definitionem mit seiner Inkongruenz beschäftigt, sondern: Wenn der Klient sich mit seiner Inkongruenz auseinandersetzt, ist eine der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für einen (nicht den!) erfolgreichen psychotherapeutischen Prozess erfüllt.

Die Geschichte der Klientenzentrierten Psychotherapie ist reich an solchen Missverständnissen, spätestens seit Rogers sich widerstrebend auf den Versuch eingelassen hat, seine Therapietheorie in der Sprache der abhängigen und unabhängigen Variablen zu beschreiben. Und diese Missverständnisse haben zu vielen ausgesprochen falschen Darstellungen der Gesprächspsychotherapie, bis in die Lehrbücher hinein, geführt.

Rogers hat, unter anderen aus didaktischen Gründen, wie er selbst schreibt, einige der Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess immer wieder einzeln beschrieben oder ihre Beschreibungen durch andere Autoren zitiert: z. B. das empathische Verstehen. Sie selbst, lieber Herr Wittke, zitieren Rogers, der wiederum Raskin's Beschreibung der Empathie zitiert.

Vielleicht das prominenteste, jedenfalls aber das folgenreichste Missverständnis von Rogers' Therapiekonzept ist aber, die „Umsetzung“ oder „Realisierung“ der „Variablen“ Empathie, Bedingungslos Positive Beachtung und Kongruenz als **Interventionen des Therapeuten im Sinne eines absichtsvollen Verhaltens mit dem Ziel einer guten therapeutischen Beziehung**

anzusehen. Empathie, Bedingungsfreie Positive Beachtung und Kongruenz sind drei Aspekte **einer** inneren Haltung des Therapeuten dem Klienten gegenüber. Ein wesentlicher Teil dieser inneren Einstellung ist Absichtslosigkeit. Eine absichtsvolle Bedingungsfreie Positive Beachtung z. B. ist ein Widerspruch in sich selbst.

Der Erfassung dieser Einstellung in Ratings z. B. und damit ihrer „Messung“ hat das übrigens nie im Wege gestanden. Therapeuten können in der Regel per Introspektion selbst feststellen, ob und wie weit sie sich in ihre Klienten einfühlen können und ob sie etwas anderes als Bedingungsfreie Positive Beachtung des Klienten in seinem Erleben empfinden. (Genau das ist das häufigste Thema in der Supervision von Gesprächspsychotherapeuten.) Und Beobachter der Therapeuten und vor allem Beobachter der Interaktion zwischen Therapeut und Klient können das auch erschließen. Vor allem aber kann der Klient selbst feststellen, ob er sich empathisch und bedingungsfrei positiv beachtet fühlt bzw. den Therapeuten als bedingungsfrei positiv empathisch beachtend erlebt – oder als z. B. eine Rolle mehr oder weniger gut spielend. Dass sich der Klient zumindest im Ansatz empathisch bedingungsfrei positiv beachtet erlebt, ist ja die sechste der Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess.

Während ich mir keine absichtsvollen Handlungen des Therapeuten vorstellen kann, „die zu einer Beziehung beitragen, in der die drei Beziehungsvariablen verwirklicht sind“, kann ich mir aber sehr wohl Äußerungen – sprachlich, mimisch, gestisch usw. – des Therapeuten vorstellen, die der Klient als Ausdruck davon versteht, dass der Therapeut ihn empathisch verstanden hat und wirklich respektiert, die also zur Erfüllung der sechsten Bedingung beitragen. Die Haltung des Therapeuten lässt sich nicht verwirklichen. Sie ist entweder wirklich im Therapeuten vorhanden oder nicht. Damit sie auch „wirken“ kann, muss der Klient sie allerdings auch wahrnehmen können.

Mit der Absicht, „dass die Mitteilung an den Klienten, dass der Therapeut ihn empathisch versteht und bedingungsfrei positiv beachtet, zumindest in einem minimalen Ausmaß gelingt“ kann der Therapeut nun einiges tun.

M. E. kann z. B. die „Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte des Klienten durch den Therapeuten“ (VEE) – die wahrscheinlich bekannteste Verhaltensweise des Gesprächspsychotherapeuten – als Verhalten des Therapeuten angesehen werden, das zur Erfüllung der sechsten Bedingung für den therapeutischen Prozess beitragen kann – aber eben nur als Hinweis auf die Erfüllung, nicht aber als „Realisierung“ der 4. Bedingung angesehen werden, „dass der Therapeut den Klienten empathisch versteht“.

Ich hoffe, Sie empfinden diese meine Ausführungen nicht als Wortklauberei. Ich brauche sie als Basis für meinen Versuch, Ihnen Ihre Fragen nach meiner Meinung

- bezüglich der Nicht-Direktivität der Gesprächspsychotherapie,
- bezüglich Högers Meinung, der Therapeut könne auch mal Vorschläge machen,
- und bezüglich der prozess-direktiven Entwicklungen in der Gesprächspsychotherapie

zu beantworten.

Das erste Missverständnis der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess, mit dem sich Rogers auseinander gesetzt hat, war deren Interpretation, der Therapeut folge passiv empathisch dem Selbstexplorationsprozess des Klienten, ohne ihn zu bewerten, und sei in seinen Ausdrucksmöglichkeiten auf ein papageienhaftes Wiederholen der Äußerungen des Klienten beschränkt bzw. darauf, hinter dem Klienten herzuschweben wie ein Geist, ohne sich persönlich einzulassen oder gar zu zeigen. Diesem Missverständnis kann man nur mit der Empfehlung begegnen, sich die zahlreichen Explikationen dieser komplexen inneren Einstellung „wirklich (d. h. auch kongruente) empathische bedingungsfrei positive Beachtung des Klienten in seinem Erleben“, die es in der gesprächspsychotherapeutischen Literatur gibt, anzusehen. Es gibt kein empathisches Verstehen ohne wirkliches Mitfühlen und keine bedingungsfrei positive Beachtung ohne wirkliches Verstehen und damit echte Berührung durch den anderen.

Auf der anderen Seite: Untersuchungen der „klassischen Gesprächspsychotherapie“, in denen z. B. Verhaltenstherapeuten nach wenigen Trainingsstunden „Einführung“ in und „Akzeptieren“ des Klienten „realisieren“, indem sie z. B. immer zusammenfassend zu wiederholen versuchen, was der Klient gesagt hat, oder ihm beteuern, dass sie ihn verstehen und annehmen – ohne dass überprüft wird, ob sich der Klient verstanden fühlt, sind keine Untersuchungen der klassischen Gesprächspsychotherapie.

Ich habe in meinem letzten Brief an Sie erwähnt, dass Höger vorschlägt, mehrere Abstraktionsebenen, auf denen das Klientenzentrierte Konzept beschrieben worden ist, voneinander zu unterscheiden. Zur Beziehung dieser Beschreibungsebenen zueinander sagt er, dass eine einer Ebene zuzuordnende Beschreibung immer auch den Kriterien der jeweils übergeordneten Ebenen genügt. Die Verbalisierung eines emotionalen Erlebnisinhaltes der einen Person durch eine andere ist z. B. nur dann eine „gesprächspsychotherapeutische“, wenn sie den Kriterien der übergeordneten Ebenen nicht widerspricht, also wenn der emotionale Erlebnisinhalt des Klienten vom Therapeuten empathisch verstanden worden ist und in ihm keine andere Reaktion als bedingungsfrei positive empathische Beachtung ausgelöst hat.

Der Therapeut kann auf selbstexplorative Äußerungen des Klienten sehr wohl z. B. mit einer Frage, aber eben auch mit

einem eigenen Vorschlag antworten. Das Kriterium dafür, ob das „gesprächspsychotherapeutisch“ ist, ist die Reaktion des Klienten. Wenn er die Äußerungen des Therapeuten als Hinweis darauf versteht, dass ihn der Therapeut empathisch verstanden hat und sein Erleben nicht bewertet, dann ist sie eine „gesprächspsychotherapeutische“. Wenn der Klient einen Vorschlag des Therapeuten allerdings so erlebt, als hätte der nichts mit dem zu tun, worin sich der Klient gerade selbst exploriert, oder beinhaltet ein „besseres“ Erleben oder Fühlen oder Schlussfolgern als das eigene, dann ist der Vorschlag nicht „gesprächspsychotherapeutisch“.

Und zum Punkt drei: Die sog. Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie verstehen sich alle nicht als „direktiv“, sondern als „prozess-direktiv“. Ich verstehe das so, dass sie die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für das Ingangsetzen und die Aufrechterhaltung des psychotherapeutischen Prozesses“ zwar nicht in Frage stellen, aber sehr wohl der Frage nachgehen, ob sich dieser Prozess nicht optimieren lässt.

Auch in Gesprächspsychotherapien kann sich der Therapeut nicht ununterbrochen empathisch in den Klienten einfühlen und erleben, dass er ihn bedingungslos positiv beachtet. Der Klient – und mit ihm der Therapeut – erleben immer wieder Situationen, in denen seine Selbstexploration stockt oder unterbrochen ist, eine unmittelbar weitergehende Selbstreflexion unmöglich ist. Die Einfühlung in das Erleben des Klienten in diesen Situationen ist weniger leicht als in Phasen unbeeinträchtigt fließender Selbstexploration. Die Frage der „prozess-direktiven“ Gesprächspsychotherapeuten ist nun: Gibt es Möglichkeiten, aus dieser Situation eines blockierenden Selbstreflexionsprozesses auf der Seite des Klienten herauszukommen? Sie sagen: Ja, die gibt es. Und sie stellen Methoden vor, mit deren Anwendung sie die Absicht verfolgen, diese Blockaden sichtbar

zu machen und damit den Selbstreflexionsprozess wieder in Gang oder in Fluss zu bringen. Sie verfolgen nicht die Absicht, auf die Inhalte der Selbstexploration und Selbstentwicklung des Klienten Einfluss zu nehmen.

Die Anwendung dieser Methoden ist ein Intervenieren in Ihrem Sinn. Der Therapeut verfolgt eine Absicht: die Aufmerksamkeit des Klienten auf den Fluss seines Selbstreflexionsprozesses zu lenken und ihn damit „zum Fließen“ zu bringen.

Lieber Herr Wittke, ich muss mich leider an dieser Stelle von Ihnen verabschieden! Hoffentlich ist es mir gelungen, einige Ihrer Fragen zu Ihrer Zufriedenheit zu beantworten.

Mit herzlichem Gruß,

Ihre E.-M. Biermann-Ratjen

Literaturhinweise

- [1] Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. (3. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- [2] Stumm, G. & Keil, W. (Hrsg.) (2014). *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer.
- [3] Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (2012). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch*. (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- [4] Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2016). *Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen*. (10. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- [5] Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse, J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S.197–222). Heidelberg: Asanger.
- [6] Raskin, N.J. (1947) The nondirective attitude. (Unveröffentlichter Artikel). Zitiert nach Rogers, C.R. (1951/1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (S.42). Frankfurt am Main: Fischer. (Orig. ersch. 1951: *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin. Deutsche Erstveröffentlichung 1972.)

Rezensionen*

Barbara Reisel

Michael Behr, Dorothea Hüsson, Hans-Jürgen Luderer & Susanne Vahrenkamp: Gespräche hilfreich führen – Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie – personenzentriert – erlebnisaktivierend – dialogisch

Weinheim: Beltz-Juventa, 2017, 226 Seiten, ISBN: 978-3-7799-3165-2. EUR (D) 16,95 / EUR (A) 17,50 / CHF 24,90.

Gesprächsführung und Beziehungsaufbau gelten als Pfeiler jeder psychosozialen Arbeit. Die hier Schreibenden sind allesamt personenzentrierte Fachleute und kommen aus den Feldern Beratung, Sozialarbeit, Psychotherapie und Psychiatrie und dies garantiert eine Expertise und einen praxisorientierten Blick auf alle Berufsfelder, in denen Beratung oder Psychotherapie angeboten wird. Carl Rogers' Ideen sind die Basis und sein Personenzentrierter Ansatz wird sehr anschaulich und grundlegend vermittelt. Viele weitere Vertreter des Personenzentrierten Ansatzes weltweit kommen mit ihren Weiterentwicklungen des Ansatzes zu Wort und machen vieles durchsichtiger, klarer und anschaulich und ermöglichen selbst einem geübten und erfahrenen Leser viele neue Einsichten.

Der Aufbau der insgesamt 6 Kapitel erfolgt schrittweise von den theoretischen Grundlagen hin zur praktischen Anwendung.

Nach einer Einleitung (Kapitel 1) folgt die Einführung in die Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers (Kapitel 2). Diese wird kompakt und anschaulich dargestellt und erklärt. Der Leser erhält darin einen Zugang zur inneren Welt des Gegenübers seines Klienten, wie bei einer Landkarte, die es zu erkunden gilt. Die Stärke des Kapitels liegt in seiner Kompaktheit und unmissverständlichen Klarheit. Viele Fragen, die selbst bei einem fortgeschrittenen Ausbildungsteilnehmer in Personenzentrierter Psychotherapie immer wieder Unsicherheiten aufkommen lassen (z. B. wie ist denn nun die Inkongruenz meines Klienten zu verstehen?) lassen sich durch die Lektüre dieses Kapitels leicht beantworten und klären. Das Nachlesen in diesem Buch kann helfen, Sicherheit im therapeutischen Handeln zu gewinnen. Psychotherapiefremde Berufsgruppen können in diesem Kapitel einen guten Einblick in die personenzentrierte Persönlichkeitstheorie erhalten und damit nachvollziehen, wie über den Zugang des inneren Erlebens des Klienten ein tieferes und

wirksames Verständnis für ihn entwickelt werden kann. Zahlreiche anschauliche Beispiele aus der Praxis verdeutlichen dies.

Das Kapitel 3 führt die Kernbedingungen (Einführend reagieren; Bedingungsfrei wertschätzen; Echtheit-Kongruenz) und die zwei Arten einer helfenden Beziehung (facilitativ – dialogisch) aus. Auch hier wird mit alten Dogmen und häufigen Missverständnissen, was denn damit gemeint sei, aufgeräumt. Einführend zu reagieren bedeutet nicht nur etwas zu verstehen, sondern meint vor allem auch die Fähigkeit, das Verstandene der anderen Person so mitzuteilen, dass diese sich auch verstanden (und nicht bewertet) fühlen kann. Auch hier dienen viele Beispiele aus der Praxis dazu, dies eindrücklich zu veranschaulichen. Eine besondere Hilfe stellen auch hier eine Reihe von gut unterstützenden Vorschlägen dar, wie Formulierungen für eine empathische Reaktion gefunden werden können und wie sehr solche durch nur kleine Änderungen der Wortwahl oder Satzstellung effektiver im Sinne eines personenzentrierten Beziehungsangebotes gestaltet werden können. Ein eigenes Unterkapitel bietet einen Exkurs für Fortgeschrittene, in dem weit- und tiefgehende Möglichkeiten dargestellt werden, Verstandenes in Worte zu fassen oder ihm auch anders Ausdruck zu verleihen.

Schon hier wird deutlich, dass dieses Buch eine besondere Stärke aufweist: Es könnte so manchem verunsicherten Therapeuten eine gute Supervisionsstunde ersetzen bzw. ihn in seiner Selbstreflexionsmöglichkeit gut begleiten und unterstützen. Das eine oder andere Aha-Erlebnis wird nicht lange auf sich warten lassen.

Im Kapitel 4 werden Schlüsselstellen im Ablauf von Gesprächen mit Klienten und Klientinnen besprochen, die wiederum eine hohe Praxisrelevanz und Tauglichkeit aufweisen und auf so manches wiederkehrende Missverständnis oder so manche Verunsicherung mit Klarheit antwortet. Viele Fragen, die in Supervisionen v. a. mit Berufsanfängern im Beratungs- und Therapiekontext auftauchen, werden hier behandelt und sowohl theoriegeleitet als auch hoch praxistauglich beantwortet. Es geht

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden; Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3).

um Themen wie Kontaktaufnahme, Klärung von Rahmenbedingungen, Beziehungsaufbau, Beziehungsfestigung, Gefühls- und Motivationsklärung, das Erörtern von Entscheidungs- und Lösungswegen und die möglichen Reaktionen auf Klienten, die Tipps und Ratschläge vom Therapeuten erwarten. Wertvoll ist auch ein Unterkapitel zu Problemen, die beim Beziehungsaufbau mit Klientinnen auftreten können: Erleichternd ist die durch Studien gewonnene Erkenntnis, dass das Scheitern einer therapeutischen/beratenden Beziehung nicht immer in der Person des Beraters oder Therapeuten zu finden ist, sondern in zumindest 50 % der Fälle an Kriterien äußerer Umstände oder Merkmale der Klientenperson zu suchen sind. Selbstzweifel der Berater-Therapeutenperson sind am besten in der Supervision zu klären und dann auch meist gut lösbar.

Im Kapitel 5 werden – last but not least – folgende erlebnisaktivierende, experienzielle Methoden, die innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes beheimatet sind, dargestellt: Focusing, Arbeit mit dem inneren Kritiker und Selbstanteilen, Emotionsfokussierte Therapie, Arbeit mit Träumen, kunsttherapeutische Ansätze, Rollenspiel, Problemlösen aktivieren und Entscheidungsprozesse unterstützen. Auf sehr kompakte, aber dennoch umfassende Weise wird jede dieser Methoden mit seinem theoretischen Hintergrund, seiner historischen Entstehungsgeschichte, der Nennung seiner bekanntesten Vertreter und Vertreterinnen sowie einer beeindruckenden Menge an Anwendungs- und Praxisbeispielen dargestellt. Es gelingt damit, einen guten Ein- und Überblick in die Anwendbarkeit erlebnisaktivierender Methoden zu erlangen ohne Gefahr zu laufen, den personenzentrierten Boden dabei zu verlassen. Standbein und Spielbein bleiben dabei immer klar definiert.

Ein abschließendes 6. Kapitel widmet sich dem fachlichen Umfeld der personenzentrierten Beratung und Gesprächspsychotherapie und geht dabei kurz auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Ausübung von Psychotherapie in Deutschland und Österreich ein, klärt wesentliche Aspekte der Unterscheidung von Beratung und Psychotherapie und gibt eine gute Übersicht über personenzentrierte Netzwerke und den Zugang zu Fachliteratur, Fachzeitschriften, personenzentrierten Organisationen weltweit sowie den wichtigsten Tagungen und Konferenzen. Aus-, und Weiterbildungsangebote bleiben nur kurz erwähnt.

Insgesamt legen die Autoren und Autorinnen dieses Bandes ein theoretisch sehr fundiertes Lehrbuch mit hoher Praxisrelevanz vor, das sowohl einem Einsteiger in die Thematik die Tür zur Personenzentrierten Ansatz in Beratung und Therapie öffnen kann als auch fortgeschrittenen und erfahrenen Personenzentrierten Psychotherapeuten Augen öffnen und supervisorische Dienste leisten kann, wenn es darum geht, die bedingungsfreie Wertschätzung für unsere Klienten wiederherzustellen und neue Wege zum vertieften Verstehen zu eröffnen.

Besonders erwähnenswert scheint noch zu sein, dass das Buch viele puristische Dogmen hinter sich lässt: Fragen einbringen, Stellung beziehen, Erlebensprozesse aktivieren, an Lösungen- und Entscheidungsfindungen arbeiten, an Schlüsselstellen im Prozess das Richtige tun. Hier zeigt das Buch auf, wie man moderne Methoden mit der respektvollen humanistischen Grundhaltung verbindet. Im Zentrum steht die Person mit ihrem ureigenen Weg, ihre Wahrnehmungen zu verstehen, ihre Erfahrung zu organisieren und ihre Probleme zu lösen. Wie wir sie dialogisch herausfordern oder ihr Erleben oder Handeln aktivieren, ohne unsere personenzentrierte Haltung oder die Beziehung zu beschädigen, das wird eindrücklich und überzeugend dargestellt.

Schlussendlich sei noch erwähnt, dass auch der Aufbau der Texte Freude macht. In allen Kapiteln gibt es neben den bereits hervorgehobenen praxisrelevanten Beispielen immer wieder pointierende Zusammenfassungen, ‚Auf den Punkt gebracht‘-Boxen mit historischen Hintergründen oder ergänzender Theorie, und am Ende auch weiterführende Tipps bis hin zu Literatur-, Musik- oder Filmempfehlungen, die das Gesagte noch mehr verdeutlichen und einfühlen helfen.

Allen Berufsgruppen, die im Gespräch mit ihren Klienten eine tragfähige Beziehung herstellen möchten, um darauf aufbauend begleitend, stützend und erweiternd auf die Persönlichkeit des Klienten Bedacht nehmen zu wollen, sei dieses Buch ans Herz gelegt.

Ein Band 2 ist in Vorbereitung: ‚*Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in Beratung und Gesprächspsychotherapie*‘ – auch darauf darf man sich freuen.

Gerhard Stumm

Eva-Maria Biermann-Ratjen & Jochen Eckert: Gesprächspsychotherapie. Ursprung – Vorgehen – Wirksamkeit

Stuttgart: Kohlhammer, 2017, 190 Seiten, ISBN 978-3-17-029080-8. EUR (D) 29,00 / EUR (A) 29,80 / CHF 42,90.

Das neueste Produkt aus dem Hause Biermann-Ratjen und Eckert, das schon so viele wichtige Publikationen zur Gesprächspsychotherapie geliefert hat, u. a. „Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen“, das – ebenfalls im Kohlhammer-Verlag – 2016 in seiner 10. Auflage erschienen ist, hat einiges zu bieten. Und zwar handelt es sich beim vorliegenden Buch um eine komprimierte Einführung zur „Gesprächspsychotherapie“ – ganz im Sinne der Serie „Psychotherapie kompakt“ (hrsg. von Freyberger, Rosner, Seidler, Stieglitz und Strauß), innerhalb der sie auf der Basis eines einheitlichen Rasters angelegt ist.

Dementsprechend besticht das Buch durch prägnante Texte zu einer Reihe von Aspekten:

- historischer Abriss mit Schwerpunkt auf der Person des Gründers
- psychodynamische Akzente des Ansatzes
- Eckpfeiler der personenzentrierten Theoriebildung wie Selbstorganisation, zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung, Betonung von Potenzialen und neurobiologische Fundierung
- Kernelemente von Diagnostik und Therapietheorie
- Illustration der Arbeitsweise an einem Fallbeispiel
- Anwendungsgebiete und Settings
- Evidenz der Wirksamkeit
- Entwicklungsperspektive des Verfahrens, institutionelle Verankerung sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im deutschen Sprachraum

Dazu werden noch ein Glossar und ein Stichwortregister geliefert.

Kennzeichnende Schwerpunktsetzungen sind

- die starke Anlehnung an Carl Rogers, den Begründer der Methode, und die bewusste Vernachlässigung von Weiterentwicklungen innerhalb des Ansatzes

- ein Fokus auf die entwicklungs-, persönlichkeits- und therapietheoretischen Fundamente des Verfahrens
- eine Prozessorientierung, was sich in einer ausführlichen Darstellung des von Rogers beschriebenen Prozesskontinuums, d. h. Stufen der Persönlichkeitsentwicklung, manifestiert, womit auch Entwicklungen erfasst werden können, die im Verlaufe eines förderlichen Therapieprozesses zu beobachten sind
- die Betonung tiefenpsychologischer Wurzeln, was in der Akzentuierung von Abwehr und unbewussten Prozessen zum Ausdruck kommt
- die Anschlussfähigkeit zum systemischen Paradigma (Aktualisierungstendenz, Fähigkeit zur Selbstregulation, Ressourcenorientierung) und zur Bindungstheorie (Stellenwert der Beziehungsqualität für den psychotherapeutischen Prozess), aber auch der Blick auf die Neurowissenschaften
- eine Anwendungsperspektive, die die klinische Relevanz des Verfahrens illustriert und damit Vorurteile widerlegt, dass dieses „nur für leichte Störungen“ geeignet sei
- eine klare Ansage bezüglich der Wichtigkeit von Prozess- und Wirksamkeitsnachweisen, was sich in einer ausgedehnten Darlegung einschlägiger Befunde äußert und an den Urheber des Ansatzes anschließt, der als Pionier der Psychotherapieforschung anzusehen ist.

Fazit: Dem Autorenduo ist es gelungen, sowohl in die grundlegenden Konzepte der Gesprächspsychotherapie einzuführen als auch anhand der Bandbreite ihres Fachwissens, ihrer klinischen Erfahrung und ihres Forschungsanspruchs Querbezüge zu einer Reihe von konvergenten Perspektiven herzustellen und den Gegenstand somit vertiefend in diese einzubetten.

Veranstaltungskalender 2019/20

34. Austria Programm

Zeit: 29. Mai – 5. Juni 2019

Ort: Großrußbach, Österreich

Info: <http://austriaprogramm.pfs-online.at>

2019 Conference

The 34th Annual Conference for the Association for Development of the Person-Centered Approach; Peace Within and Peace Between

Zeit: July 24–28, 2019

Ort: Kutztown, Pennsylvania, United States

Focusing Wochen Achberg

Zeit: 9.–15. August 2019

Ort: Esseratsweiler (Nähe Bodensee), Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

Empathy Lab: Die Erfahrung der empathischen Interaktion

Zeit: 30.–31. August 2019

Ort: Großrußbach, Niederösterreich

Info: www.vrp.at

Encounter mit Lore Korbei

Zeit: 6.–8. September 2019

Ort: Mainz, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

ÖGWG-Woche 2019

„Psychotherapie und Geschlecht – samma gender-kompetent oder wie damma?!“

Zeit: 23.–26. Oktober 2019

Ort: Bildungshaus Schloss Puchberg in Wels, Österreich

Info: www.oegwg.at

The Person-Centered Experience

Einwöchige Encountergruppe

Zeit: 26. Oktober – 1. November 2019

Ort: Schloss Zeillern, Österreich

Info: www.forum-personenzentriert.at

GwG-Fachtag Psychotherapie

„Zwischen Beliebigkeit, Selbstverunsicherung und Identität – Orientierung durch personenzentrierte Begegnung“

Zeit: 29. November 2019

Ort: Mainz, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

Person(en)zentrierter Encounter in Drosendorf

Zeit: 20.–23. Mai 2020

Ort: Drosendorf, Niederösterreich

Info: www.vrp.at

Jubiläumskongress 50 Jahre GwG

„Bedeutung von Beziehung in unserer Gesellschaft“

Keynotes u. a. von Mick Cooper

Zeit: 19.–20. Juni 2020

Ort: Köln, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

Forum^o

PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE, AUSBILDUNG UND PRAXIS

MITGLIEDER- FORTBILDUNG – VORTRÄGE

Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in der Psychotherapie

Prim. Dr. Paul Kaufmann & Ewald Pollheimer, MSc

Donnerstag, 03.10. 2019, 18.30 – 20.30 Uhr

Resilienz und posttraumatisches Wachstum – idealistisch oder realistisch?

Mag.^a Neena Kurl

Dienstag, 22.10. 2019, 18.00 – 20.00 Uhr

ADHS und Sucht bei Erwachsenen

Mag. Dr. med. univ. Robert Wechsberg im Rahmen des Forum-Tages

Samstag, 07.12. 2019, 15.00 – 16.30 Uhr

MITGLIEDER- FORTBILDUNG – PSYCHOHYGIENE

Zusammen ist man weniger allein

Laufende Super- und Interventionsgruppe mit MMag.^a Katharina Oppolzer

jeweils Mittwoch, 02.10., 11.12. 2019; 19.02., 15.04., 03.06. 2020, 18.00 – 19.30 Uhr

Achtsames Selbstmitgefühl MSC

Lehrgang speziell für praktizierende PsychotherapeutInnen mit Prim. Dr. Paul Kaufmann und Ewald Pollheimer, MSc

jeweils Donnerstag, 24.10., 31.10., 07.11., 14.11., 21.11., 28.11., 05.12., 12.12. 2019, 18.30 – 21.15 Uhr und Samstag, 30.11. 2019 (Retreat), 10.00 – 14.30 Uhr

THERAPEUT/INNEN- FRÜHSTÜCK

Wenn Schule die Seele krank macht – Probleme und Alternativen

DiskussionsForum und Miteinander mit Mag.^a Marieluise Brückl & Michael Hagelmüller, MSc

Samstag, 12.10. 2019, 10.00 – 12.00 Uhr

Ort: Café Museum: 1010 Wien, Operngasse 7

Anmeldung: keine erforderlich

PCE 2019 – THE PERSONCENTERED EXPERIENCE

Einwöchige Encountergruppe mit Mag.^a Clara Arbter-Rosenmayr, Harald Doppelhofer, Mag.^a Irmgard Fennes, Dr. Christian Metz, Mag.^a Heidemarie Müllner-Sari, Hans Peter Ratzinger

Samstag, 26.10.2019, 11.00 Uhr bis Freitag, 01.11. 2019, 12.00 Uhr

Ort: Schloss Hotel Zeillern, Schloss-Straße 1, A-3311 Zeillern

Anmeldung: bei Hans Peter Ratzinger: hp.ratzinger@aon.at

Genauere Informationen über Inhalt, Kosten und Anrechenbarkeiten entnehmen Sie bitte unserem Programm unter www.forum-personenzentriert.at. Wenn nicht anders benannt, finden die Veranstaltungen im Forum statt: 1150 Wien, Schanzstraße 14/Top 3.3, Eingang über Koberweingasse 1. Anmeldung bei Mag.^a Valerie Ramsauer im Forum-Büro: buer@forum-personenzentriert.at.

Forum^o

Effects of Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling with Children and Young People: Review and Meta-Analysis

GwG-Verlag, Köln 2018
308 Seiten, kart.
24,90 Euro
ISBN 978-3-926842-57-2

Das Buch gibt einen kurzen Überblick über die theoretischen Grundlagen und die Praxis der Personzentriert-Experientialen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Anschließend wird der aktuelle Stand der Wirksamkeitsforschung zur Personzentriert-Experientialen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen differenziert dargestellt. Insbesondere wird die von der Autorin durchgeführte Megaanalyse zu 78 relevanten Primärstudien aus den Jahren 1949 bis 2016 vorgestellt. Neben einer Gesamteffektstärke werden auch störungsspezifische differentielle Effekte zu den verschiedenen Anwendungsbereichen für Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ausgewiesen.

Die Autorin

Dagmar Nuding arbeitet hauptamtlich im Fachbereich Pädagogische Psychologie, Beratung und Intervention an der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd, zudem ist sie in einer Praxis Kinder- und Jugendpsychotherapie praktisch tätig. Sie verfügt über Weiterbildungen in Personzentrierte Beratung und Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen sowie über die GwG-Kursleiterqualifikation in Personzentrierter Beratung und Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen. Sie ist neben Mick Cooper und Jeanne Watson Herausgeberin des Buches „Person-Centered Psychotherapy works“ und hat mit Michael Behr, Dorothea Hüsson und Christine Wakolbinger das Buch „Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Personzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten“ herausgegeben. Von 2010 bis 2016 war sie Redaktionsmitglied der internationalen Fachzeitschrift PERSON. In ihrer Funktion als Schriftführerin der GwG war sie von 2011 bis 2016 Alleinherausgeberin der Verbandszeitschrift „Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung“, seit 2016 ist sie 2. Vorsitzende der GwG und in diesem Rahmen vorwiegend für den Bereich Beratung und herapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien zuständig.

Bestellung und weitere Informationen:

GwG – Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung
Melatengürtel 125 a
50825 Köln
brandt@gwg-ev.org

GwG-Akademie

Fortbildung „Trauer ist Leben - Leben ist auch Trauer

Humanistischer Umgang mit Verlusten und Trauerprozessen in Therapie und Beratung

Kurstermine: 24. - 25.01.2020 / 13. - 14.03.2020 / 26. - 27.06.2020

Kursort: Köln

Kursleitung: Ulrike Backhaus

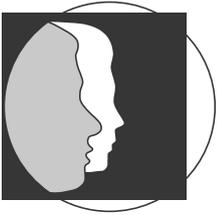
Trauer ist eine natürliche menschliche Reaktion, mit der wir auf Verluste aller Art reagieren, seien es Verluste eines geliebten Menschen durch Tod oder Trennung, Verluste von Heimat, Arbeitsplatz, Gesundheit, bestimmten Lebensphasen oder Selbstbildern. Oft können Trauernde aus eigener Kraft mit ihrer Trauer leben lernen.

Trauer kann aber auch Krisen auslösen, mit denen Menschen unsere Hilfe in Therapie und Beratung suchen, sei der Verlust kürzer oder länger zurückliegend. Abschiedsprozesse spielen außerdem in vielen Beratungs- und Therapieprozessen eine wichtige Rolle, auch wenn der Anlass des Hilfesuchens ein anderer war. In dieser 3teiligen Fortbildung werden wir uns zunächst mit unseren eigenen Verlustenerfahrungen beschäftigen. Wir erarbeiten ein grundlegendes Verständnis von Trauerprozessen und Grundzüge hilfreicher Begleitung trauernder Menschen. Die personzentrierte Perspektive ist dabei ein wertvoller und sinnvoller Ansatz. Weiterhin vermittelt das Seminar Kenntnisse zu Themen, die in Therapie und Beratung oft eine wichtige Rolle spielen: komplizierte und traumatische Trauer, Kindertrauer und Trauer nach lange zurückliegenden Verlusten. Die Arbeit an speziellen Anliegen der Teilnehmenden rundet den Seminarprozess ab. Wir arbeiten mit kreativen Methoden, Einzel- und Gruppenübungen, Rollenspielen, Kurzvorträgen und Fallbesprechungen.

Zielgruppe: Psychotherapeuten/innen und Berater/innen

Anmeldung und weitere Informationen:

GwG – Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e. V.
Melatengürtel 125 a, 50825 Köln
brandt@gwg-ev.org
Tel.: 0049 (0)221 925908-50
www.gwg-ev.org



INSTITUT FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE UND PERSONZENTRIERTE BERATUNG STUTT GART - IGB

Das IGB - Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung in Stuttgart – unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Behr & Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer – veranstaltet als größtes personzentriertes Institut in Süddeutschland regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und befasst sich zugleich mit Forschung und theoretischen Entwicklungen zum personzentrierten Konzept. Das IGB ist sowohl Mitglied im Weltverband „World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“ als auch Mitherausgeber der PERSON. Neben den Weiterbildungen in Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien der GwG - Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. bietet das Institut Weiterbildungen in Personzentrierter Traumatherapie, Prüfungsvorbereitungskurse für die Heilpraktiker-Psychotherapie-Prüfung beim Gesundheitsamt und zweitägige Fortbildungsveranstaltungen. Alle Referent_inn_en sind erfahrene Therapeut_inn_en und Berater_inn_en mit langjähriger Praxis, die zusätzlich an Konzeptentwicklungen und in der Forschung arbeiten sowie regelmäßig auf Tagungen präsentieren und veröffentlichten. Weitere Informationen über das IGB, zu den Weiterbildungsangeboten und den Referent_inn_en finden Sie auf der Homepage unter: www.igb-stuttgart.de

Zweitägige Fortbildungsveranstaltungen

10.5.2019 15.00-21.00 Uhr und 11.5.2019 9.30-18.00 Uhr	Grouppsychotherapy – Prof. Dr. Greet Vanaerschot Tagungsort: Ev. Kirchenpflege Ludwig Raiser Saal, Stuttgart Bad-Cannstatt
17.5.2019 15.00-21.00 Uhr und 18.5.2019 9.30-18.00 Uhr	Anorexia nervosa oder auch Is'(s) was?! – Psychotherapie mit Jugendlichen mit der Diagnose: Anorexia nervosa - Hildegard Steinhauser Tagungsort: Jugendherberge Stuttgart
20.10.2019 9.30-18.00 Uhr	IGB Fachtag
24.4.2020 15.00-21.00 Uhr und 25.4.2020 9.30-18.00 Uhr	The practice of Person-Centred Couple and Family Therapy – Charles O'Leary Tagungsort: Ev. Kirchenpflege Ludwig Raiser Saal, Stuttgart Bad-Cannstatt

Kosten

180€ für einen zweitägigen Workshop (Alumni 120€, IGB-Mitglieder 60€)

Anmeldung. Für alle Veranstaltungen erbitten wir eine schriftliche Anmeldung **bis spätestens 14 Tage** vor der Veranstaltung. Sie können den Anmeldevordruck aus dem Downloadbereich der Homepage des Instituts für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung Stuttgart (IGB) benutzen oder eine E-Mail an Dagmar Nuding (dagmar.nuding@igb-stuttgart.de) oder Michael Behr (michael.behr@igb-stuttgart.de) mit allen erforderlichen Angaben (Name, Anschrift, Telefonnummer, Beruf) schicken. In der Mail muss der Satz „Die Teilnahmebedingungen erkenne ich an“ aufgeführt werden. Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie eine Rechnung über die Veranstaltungsgebühr. Diese bitten wir durch Überweisung zu begleichen. Unterkunft ist nicht in der Teilnahmegebühr enthalten. Die zweitägigen Fortbildungen gelten als Einheit, das heißt wir müssen die gesamte Teilnahmegebühr berechnen, auch wenn Sie nicht an beiden Tagen teilnehmen können. Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie eine genaue Wegbeschreibung zum Veranstaltungsort.

Rücktritt. Die Anmeldungen sind verbindlich. Erfolgt eine Abmeldung innerhalb der letzten 6 Wochen vor Veranstaltungsbeginn, fallen folgende Rücktrittsgebühren an: Abmeldung zwischen 4 und 6 Wochen vor der Veranstaltung: 25% der Teilnahmegebühr (mindestens €25), Abmeldung zwischen 3 Wochen und 4 Tage vor der Veranstaltung: 50% der Teilnahmegebühr (mindestens €50). Bei Abmeldung innerhalb der letzten 3 Tage vor der Veranstaltung oder bei Ausbleiben einer Abmeldung wird die volle Kursgebühr erhoben. Wird ein Ersatzteilnehmer oder eine Ersatzteilnehmerin benannt, entfallen die Rücktrittsgebühren. Das IGB als Veranstalter ist berechtigt, die Veranstaltung mangels ausreichender Teilnehmerzahl oder aus sonstigen wichtigen Gründen auch kurzfristig abzusagen. Bereits entrichtete Teilnahmegebühren werden in diesem Fall in vollem Umfang erstattet. Sonstige Schäden im Zusammenhang mit Teilnahme oder Absage werden Teilnehmern grundsätzlich nur erstattet, sofern dem Veranstalter der Vorwurf groben Verschuldens nachzuweisen ist. Für die Veranstaltungen wird Ihnen eine Teilnahmebescheinigung ausgestellt.

Beginn Weiterbildungen gemäß den Mindeststandards der GwG

Personzentrierte Psychotherapie/Beratung mit Kinder- und Jugendlichen (GwG)

Modul 1: Beginn 3./4. November 2018 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: dagmar.nuding@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Beratung (GwG/DGfB)

Modul 1: Beginn 3./4. November 2018 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: dorothea.huesson@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Psychotherapie Modul 1: Beginn 3./4. November 2018 – alle weiteren Module fortlaufend nach Vereinbarung

Kontakt: hj.luderer@gmx.de



Mitglied im Weltverband
World Association for
Person-Centered and
Experiential Psychotherapy
and Counseling

**Das APG•IPS lädt herzlich
zu einem internationalen Workshop in englischer Sprache ein!**

Wo? APG•IPS Personzentriertes Zentrum Carl Rogers
Diefenbachgasse 5/2, 1150 Wien

Wann? Freitag, 13. September 2019, 17:00 – 21:00 und
Samstag, 14. September 2019, 09:00 – 18:00

Wer? Manu Bazzano



Walk on the Wild Side

Dreams, the Daimonic and the Dionysian in Person-centred Therapy

An experiential and theoretical workshop facilitated by **Manu Bazzano**

*

Informed by classic and contemporary person-centred theory as well as current philosophy, we will investigate through dyad work, group work and discussion these three areas that have been arguably neglected in PCT.

Dreams, traditionally the province of psychoanalytic/psychodynamic therapy – can be explored phenomenologically and linked to PC theory rather than being interpreted.

The **Daimonic** is any natural function which can invade the person. It is essential to human experience. To be overwhelmed by the daimonic opens the door to psychosis; to suppress it leads us to apathy, or the absence of *pathos* – i.e., suffering, passion and ‘pathology’. Existential approaches have rationalized the Daimonic, while Jungian analysis has understood it in terms of archetypes. What can PCT offer?

The **Dionysian** is closely linked to the Daimonic, with one fundamental difference: it cannot be rationalized away or purified through catharsis but requires embracing the tragic joy of existence, the person’s identification with the wider domain of organismic experiencing.

*



Manu Bazzano is a psychotherapist, supervisor, visiting lecturer at Roehampton University. He facilitates men’s groups as well as workshops on Zen and Phenomenology in the UK and abroad. He has a background in philosophy and rock music and is the author and editor of several books, including *Haiku for Lovers* (Ed); *The Speed of Angels*; *Zen Poems* (Ed); *Re-visioning Person-centred Therapy* (Ed); *Zen and Therapy: Heretical Perspectives*; *Therapy and the Counter-tradition* (co-editor), *Nietzsche and Psychotherapy* and the forthcoming *Re-visioning Existential Therapy*. He has been editor of *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, and is associate editor for *Self & Society*. He studied Eastern contemplative

practices since 1980 and in 2004 was ordained in the Soto and Rinzai traditions of Zen Buddhism.
www.manubazzano.com

Nähere Informationen unter www.apg-ips.at/institut/institut-veranstaltungen



KURSPROGRAMM 2019 WEITERBILDUNG – FORTBILDUNG – KURSE

Weiterbildung in Personzentrierter Psychotherapie nach Carl Rogers

Eidgenössisch definitiv akkreditierte Weiterbildung für PsychologInnen und ÄrztInnen.

Die Weiterbildung wird in Zusammenarbeit mit der Universität Basel als „Master of Advanced Studies in Personzentrierter Psychotherapie“ durchgeführt; www.mas-pca.unibas.ch.

Weiterbildung in Personzentrierter Beratung nach Carl Rogers

Drei- bis vierjährige Weiterbildung für Personen, die beraterisch tätig sind z.B. aus sozialen, pädagogischen, medizinischen, seelsorgerischen, kaufmännischen und anderen Berufen. SGfB- anerkannt, Zugang zur HFP «BeraterIn im psychosozialen Bereich» mit eidg. Diplom.

Fortbildungsveranstaltungen für PsychotherapeutInnen und BeraterInnen

Focusing, Encounter, Gruppenpsychotherapie, Personzentrierter Zugang zum Kind, Gesprächsführung, Krisenintervention, etc.

Kurse zum Kennenlernen des Personzentrierten Ansatzes

Einführung in die Personzentrierte Psychotherapie und Beratung nach Carl Rogers

Detaillierte Kursausschreibungen und Anmelde-möglichkeit auf unserer Website: www.pca-acp.ch

pca.acp, Josefstrasse 79, 8005 Zürich, T 044 271 71 70, info@pca-acp.ch

WEITERBILDUNG PERSONZENTRIERTE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE



Diese Weiterbildung richtet sich an Personzentrierte Psychotherapeut*innen, Personzentrierte Psychotherapeut*innen in Ausbildung ab dem Status „in Ausbildung unter Supervision“ und an Psychotherapeut*innen anderer Schulen, die ihre Theorie-, Praxis- und Persönlichkeits-Kompetenz vertiefen und erweitern möchten.

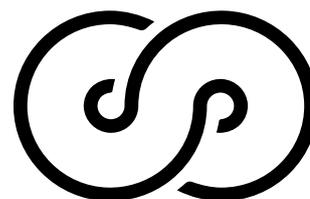
Die Weiterbildung wird modular geführt – ein Einstieg ist daher jederzeit möglich.

Nähere Informationen: Mag^a Theresia Hollerer DSA, hollerer@apg-ips.at oder www.apg-ips.at

Berufsgeleitend Psychotherapie studieren.

- Psychosoziale Interventionen, BA
(Quereinstieg mit Propädeutikum möglich)
- Psychotherapie, MA
- Psychotherapiewissenschaft*, Masterlehrgang

Jetzt
informieren!
suttneruni.at



Bertha von Suttner
Privatuniversität St. Pölten



Dorothea Kunze-Pletat

Personzentrierte Erwachsenenpädagogik

Die pädagogische Beziehung als Mittelpunkt im Lehr-Lern-Prozess

- Pädagogische Beziehung als Mittelpunkt im Lehr-Lern-Prozess

Dorothea Kunze-Pletat rekonstruiert die pädagogische Biografie C. R. Rogers' und zeigt seine Beiträge zur Erwachsenenpädagogik auf. Sie schließt eine theoretische und praxisrelevante Lücke, indem sie eine personzentrierte Erwachsenenpädagogik konzeptualisiert. C. R. Rogers systematisierte forschungsbasiert ein theoretisches System, das eine Kommunikations-, Beziehungs-, Persönlichkeits-, Gruppen- und Lerntheorie und eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung verbindet. Basierend auf diesem Netz personzentrierter Theorien beschreibt Dorothea Kunze-Pletat die personzentrierte Lernförderung – das facilitation of learning – in Korrelation mit signifikantem Lernen.

1. Aufl. 2019, XXIII, 553 S. 65 Abb.

Gedrucktes Buch

Softcover

[1] 64,99 € (D) | 66,81 € (A) | CHF
72,00

40% Autorenrabatt lebenslang



Erhältlich bei Ihrem Buchhändler oder – Springer Nature Customer Service Center GmbH, Haberstrasse 7, 69126 Heidelberg, Germany / Call: + 49 (0) 6221-345-4301 / Fax: +49 (0)6221-345-4229 / Email: customerservice@springer.com / Web: springer.com

[1] € (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt; € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt. CHF und die mit [2] gekennzeichneten Preise für elektronische Produkte sind unverbindliche Preisempfehlungen und enthalten die landesübliche MwSt. Programm- und Preisänderungen (auch bei Irrtümern) vorbehalten. Es gelten unsere Allgemeinen Liefer- und Zahlungsbedingungen. Springer-Verlag GmbH, Handelsregistersitz: Berlin-Charlottenburg, HR B 91022. Geschäftsführung: Haank, Mos, Hendriks

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienziellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholt. Ein Fachbeirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“ (erhältlich bei der Redaktionsadresse) gestaltet als E-Mail-Attachment einzureichen.

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

c/o Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, A-1010 Wien, Universitätsstraße 7
Tel.: +43 1 42 77 47 881; Fax: +43 1 42 77 47 889
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

PERSON wird die Beiträge nach Ablauf eines Jahres als Volltext in die Datenbank pce-literature.org einspeisen. Autorinnen und Autoren, die damit nicht einverstanden sind, werden gebeten, dies bei der Einreichung des Beitrages bekannt zu geben, da andernfalls von einer Zustimmung ausgegangen wird.

Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 120 Wörter)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (Richtwert 5000, max. 8000 Wörter pro Artikel), allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor bzw. zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

Zitationsweise

Die Zitationsweise erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) bzw. analog nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliografie von Peter F. Schmid (www.pfs-online.at/rogers.htm) und Doppelheft 3 & 4 des Jahrgangs 4 (2005) von Person-Centered and Experiential Psychotherapies) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

Rezensionen

PERSON veröffentlicht nach Möglichkeit Rezensionen von allen wichtigen Neuerscheinungen in deutscher und englischer Sprache aus dem Bereich der personzentrierten und experienziellen Ansätze, darüber hinaus von den wichtigsten schulenübergreifenden Werken aus dem Bereich der Psychotherapie und Beratung.

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

- 1.) Normalfall: max. 1000 Wörter
- 2.) Kurzrezensionen: max. 500 Wörter
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet.

Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

- Mag.^a Monika Tuczai, Wien, E-Mail: monika.tuczai@gmx.at
- Dipl.-Psych. Jana Lammers, Hamburg, E-Mail: jana.lammers@me.com

Rezensionen sind per E-Mail bei einer der beiden Redakteurinnen einzureichen.

Leitlinie für die Auswahl von Rezensionen ist, dass sie von Personen verfasst sind, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder Naheverhältnis zu den Autoren bzw. Autorinnen der besprochenen Werke stehen. Gefälligkeitsrezensionen werden nicht abgedruckt.

Urheberrecht

Autorinnen und Autoren, die einen Beitrag zur Veröffentlichung einreichen, garantieren damit, dass es sich (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) um einen Originalbeitrag handelt und kein Copyright oder andere Rechte verletzt werden, dass sie somit das alleinige Verfügungsrecht besitzen, und weder diesen Beitrag noch einen, der diesem in seinem Inhalt im Wesentlichen entspricht, andernorts zur Publikation einreichen. Sie garantieren der Zeitschrift PERSON (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) das nicht-exklusive, unwiderrufliche und kostenlose Recht zur gesamten oder teilweisen Veröffentlichung ihres Beitrages auf Deutsch sowie in der eingereichten Sprache, falls diese eine andere als deutsch ist. Es steht den Autorinnen und Autoren frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

